



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

GISELLE BORBA DA ROSA

**GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM
LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Florianópolis
2016

Giselle Borba da Rosa

**GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM
LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Alves Maliska.

Co-orientadora: Profa. Dra. Nádia Chioldelli Salum.

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rosa, Giselle Borba da

Guia de cuidados de enfermagem relacionados com lesão
por pressão em unidade de terapia intensiva : uma
construção coletiva / Giselle Borba da Rosa ; orientador,
Isabel Cristina Alves Maliska ; coorientador, Nadia
Chiodelli Salum. - Florianópolis, SC, 2016.
155 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Guia de cuidados. 4.
Lesão por pressão. 5. Curativos. I. Maliska, Isabel
Cristina Alves. II. Salum, Nadia Chiodelli. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**“GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS
COM LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA”.**

Giselle Borba da Rosa

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Gestão do Cuidado em Saúde e
Enfermagem**

Profa. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em
Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Isabel Cristina Alves Maliska (Presidente)

Prof. Dra. Eliane Matos (Membro)

Profa. Dra. Roberta Costa (Membro)

Prof. Dr. Juliana Balbinot Reis Girondi (Membro)

*“Quando plantares a alegria de viver
nos corações que te cercam,
em breve as flores e frutos da tua
sementeira te enriquecerão o caminho”
(Emmanuel).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus e ao mestre amado, Jesus, por me permitirem permanecer na escola terrena cercada por pessoas tão especiais e amorosas. Agradeço por tanta proteção, amparo, apoio e pelas lições constantes que recebo.

Agradeço à minha família, todos muito próximos, muito presentes, minha vó Ivete, meu pai Silésio, minha irmã Mirella, Ronaldo, Otávio e Alice, sempre me incentivando, cada um à sua maneira. Em especial à minha mãe Rose, por sempre acreditar que esta conquista poderia tornar-se real, antes mesmo de mim.

A todos os amigos da grande família CIDARE, agradeço pela torcida verdadeira, orientação segura e auxílio fraterno, fisicamente e principalmente espiritualmente.

Agradeço ainda às amigas queridas que sempre estiveram ao meu lado, Zurita, minha mãe do coração, Fernanda, Maria Lúcia, Kênia, tudo ficou sempre mais leve com vocês ao meu lado.

Aos todos os enfermeiros e amigos da UTI/HU/UFSC, em especial ao amigo Hilário e à Gabriela que tanto me auxiliaram, nesta jornada, com tamanha generosidade.

Aos queridos amigos do Centro de Saúde Novo Continente, pela compreensão nos meus momentos de ausência. Por entenderem e respeitarem minha escolha pelo conhecimento como prioridade.

Agradeço à Dra Isabel Cristina Alves Maliska e à Dra Nádía Chiodelli Salum pela orientação segura, compreensiva, que realizam com amor. Vocês são exemplos de enfermeiras, professoras e de pessoas maravilhosas que desejo poder contar para sempre.

Agradeço aos membros da Banca Examinadora que tanto contribuíram, minuciosamente mostrando-me as fragilidades e potenciais deste trabalho, Dra Eliane Matos, Dra Roberta Costa, Dra Juliana Balbinot, Reis Girondi, e Janeide Freitas de Mello.

A todas as professoras e funcionários do Mestrado Profissional em enfermagem, nos abrindo as portas de um novo mundo. Que possamos seguir conquistando-o.

A todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste saber. Com uma família tão especial e amigos maravilhosos, tudo fica fácil.

ROSA, Giselle Borba da. Guia de cuidados de enfermagem relacionados com lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: uma construção coletiva. 2016. 154 p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Alves Maliska.

Co-orientadora: Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum.

Linha de Pesquisa: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo com desenho metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial e teve como objetivo construir, junto aos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva, um guia de cuidados de enfermagem relacionados à lesão por pressão. Participaram do estudo dezesseis enfermeiros de um hospital escola do sul do país, nos meses de setembro a dezembro de 2015. A criação do guia se deu através de duas etapas. Na primeira foi utilizado um questionário para investigar o conhecimento e as práticas dos enfermeiros sobre prevenção, avaliação e tratamento relacionados à lesão por pressão em pacientes internados na UTI. Deste questionário surgiram três categorias, prevenção, avaliação e tratamento, que foram trabalhadas na segunda etapa do estudo, os encontros em grupo. Na segunda etapa foram realizados três encontros em grupo com os enfermeiros, sendo no primeiro encontro apresentados os resultados do questionário e abordado as questões de prevenção e avaliação. No segundo encontro tratou-se do tratamento, os tipos de cobertura para lesão por pressão disponíveis, sua indicação e peculiaridades. A partir destes encontros e das orientações de literatura científica, foi elaborado um esboço do Guia e no terceiro encontro foi revisado e finalizado, trazendo o consenso entre os enfermeiros da melhor escolha para cada situação considerando a prevenção, avaliação e tratamento da lesão por pressão. Os dados evidenciam a insegurança dos enfermeiros na prevenção, indicação das coberturas e falta de continuidade no processo de tratamento da lesão. O guia de cuidados de enfermagem relacionado a lesão por pressão foi construído abordando a prevenção, avaliação e tratamento. A prevenção de lesões, avaliando riscos e direcionando medidas para alívio de pressão; a avaliação e registro das lesões instaladas padronizando estas ações e facilitando a continuidade da avaliação através de registros padronizados; e o

tratamento trazendo os cuidados e melhores escolhas de cobertura para cada tipo de lesão. A construção coletiva do guia tem aspecto facilitador para a sua implementação e espera-se que contribua para a organização e qualidade da assistência de enfermagem. Além disso, o estudo mostra que as reflexões da prática do enfermeiro em unidade de terapia intensiva sobre a lesão por pressão devem ser constantes, propiciando a busca de melhores práticas para a qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Lesão por Pressão. Guia de Cuidados. Terapia Intensiva. Enfermagem.

ROSA, Giselle Borba da. Guide nursing care related to pressure injury in the intensive care unit: a collective construction. 2016. 154p. Dissertation (Professional Master) – Federal University of Santa Catarina, Health Sciences Center, Post-Graduate Program in Management of Care in Nursing, Florianópolis, 2016.

Advisor: Dra Isabel Cristina Alves Maliska

Co-advisor: Dra Nádia Chiodelli Salum

Line of research: Management and Management in Health and Nursing.

ABSTRACT

This is a qualitative study with methodological design of Care Convergent Research and aimed to build, together with the nurses of an Intensive Care Unit, one nursing care guide related to pressure injury. The study included sixteen nurses in a teaching hospital of the south, in the months of September to December 2015. The creation of the guide was through two stages. In the first a questionnaire was used to investigate the knowledge and practices of nurses on prevention, evaluation and treatment related to the injury by pressure in ICU patients. This questionnaire emerged three categories, prevention, assessment and treatment, which have been worked in the second stage of the study, the group meetings. In the second stage were three group meetings with nurses. On the first meeting of the second stage, the results of the questionnaire were presented and prevention and evaluation issues were discussed. In the second meeting of the second stage, treatment and types of coverage available for pressure injury, indications and peculiarities were discussed. From these meetings and literature guidelines, a guide outline was drawn and the third meeting was reviewed and finalized by bringing the consensus among nurses the best choice for every situation with prevention, evaluation and treatment of pressure injury. The data show the insecurity of nurses in the prevention, indication of coverage and lack of continuity in the lesion treatment process. The nursing care guide related to pressure injury was built addressing the prevention, evaluation and treatment. Prevention of injuries, assessing risk and directing measures for pressure relief; evaluation and registration of injuries installed standardizing these actions and facilitating the continued evaluation through standardized records; bringing the treatment and care coverage and better choices for each type of lesion. The collective aspect guide has enabler for its implementation and is expected to contribute to the organization and quality of nursing care. In addition, the study shows that the nurse practice

reflections in the intensive care unit on the pressure injury should be constant, allowing the search for best practices for the quality of care.

Keywords: Pressure Injury. Guide Care. Intensive Care. Nursing.

ROSA, Giselle Borba de. **Guía para el cuidado de enfermería relacionados con daños por presión en la unidad de cuidados intensivos**: una construcción colectiva. 2016. 154p. Disertación (Maestría Profesional) – Universidad Federal de Santa Catarina , Centro de Ciencias de la Salud, el Programa de Posgrado en Gestión de la Atención en Enfermería, Florianópolis, 2016.

Orientador: Dra Isabel Cristina Alves Maliska

Co-orientador: Dra Nádia Chiodelli Salum

Línea de Actuación: Administración y Gestión en Salud y Enfermería

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo con diseño metodológico de Investigación Convergente Asistencial y tuvo como objetivo construir, junto con las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos, una guía de cuidados de enfermería relacionados al daño por presión. El estudio incluyó a diez y seis enfermeras en un hospital universitario del sur, en los meses de septiembre a diciembre de 2015. La creación de la guía fue a través de dos etapas. En la primera se utilizó un cuestionario para investigar los conocimientos y prácticas de los enfermeros sobre la prevención, evaluación y tratamiento relacionados con la lesión por presión en pacientes de UCI. Este cuestionario surgió tres categorías, prevención, evaluación y tratamiento, que se han trabajado en la segunda fase del estudio, las reuniones del grupo. En la segunda etapa fueron tres reuniones de grupo con las enfermeras, siendo la primera reunión se presentaron los resultados del cuestionario y discutió los temas de prevención y evaluación. En el segundo tratamiento tratada reunión, los tipos de cobertura disponibles para las úlceras por presión, indicaciones y peculiaridades. A partir de estas reuniones y directrices de la literatura, un esquema guía se ha elaborado y la tercera reunión fue revisado y finalizado por lo que el consenso entre las enfermeras la mejor opción para cada situación con la prevención, evaluación y tratamiento de las úlceras por presión. Los datos muestran la inseguridad del personal de enfermería en la prevención, la indicación de la cobertura y la falta de continuidad en el proceso de tratamiento de la lesión. La guía de cuidados de enfermería relacionados con las úlceras por presión se construyó frente a la prevención, evaluación y tratamiento. Prevención de lesiones, la evaluación de riesgos y dirigir las medidas de alivio de presión; evaluación y registro de las lesiones instalados estandarización de estas acciones y facilitar la evaluación continua a través de registros

normalizados; con lo que la cobertura de tratamiento y el cuidado y mejores opciones para cada tipo de lesión. La guía tiene aspecto colectivo facilitador para su aplicación y se espera que contribuya a la organización y la calidad de los cuidados de enfermería. Además, el estudio muestra que las reflexiones de la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en el daño por presión debe ser constante, lo que permite la búsqueda de las mejores prácticas para la calidad de la atención

Palabras clave: Lesión de Presión. Cuidado de Guía. Cuidados Intensivos. Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGE	Ácido Graxo Essencial
AHCPR	<i>Agency for Healthcare Policy and Research</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ATP	Adenosina Trifosfato
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEPSH/UFSC	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
EUA	Estados Unidos da América
HU	Hospital Universitário
JCAHO	<i>The Joint Commission for the Accreditation of HealthCare Organization</i>
LP	Lesão por Pressão
LTP	Lesão Tissular Profunda
MPENF	Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PHMB	Polihexametileno Biguanida
PSI	<i>Per Square Inch</i>
PVP	Povinilpirrolidona
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TCM	Trigliceril de Cadeia Média
UP	Úlcera por Pressão
USP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura anatômica da pele.	37
Figura 2 – Representação da pele com lesão de LP em Estágio 1.....	43
Figura 3 – Representação da pele com lesão de LP em Estágio 2.....	44
Figura 4 – Representações da pele com lesão de LP em Estágio 3.	45
Figura 5 – Representações da pele com lesão de LP em Estágio 3 com presença de epíbole (lesão com bordas enroladas).	45
Figura 6 – Representações da pele com lesão de LP em Estágio 4.	46
Figura 7 – Representações da pele com lesão de LP Não Classificável.	47
Figura 8 – Representações da pele com Lesão por Pressão Tissular Profunda.	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Prevenção da Lesão por Pressão.....	102
Quadro 2 – Avaliação e Registro da Lesão por Pressão.....	106
Quadro 3 – Tratamento da Lesão por Pressão.....	108
Quadro 4 – Material de Consulta Rápida	112
Quadro 5 – Produtos Disponíveis da Instituição e a sua utilização.....	114
Quadro 6 – Escala de Braden	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos participantes da pesquisa.....	82
Tabela 2 – Classificação das LPs pelos enfermeiros	85
Tabela 3 – Indicação de coberturas	86

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	17
LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE QUADROS	21
LISTA DE TABELAS.....	23
1 INTRODUÇÃO.....	27
2 OBJETIVOS.....	33
2.1 GERAL.....	33
2.2 ESPECÍFICOS.....	33
3 REVISÃO DE LITERATURA	35
3.1 BASES ANATOMOFISIOLÓGICAS DA PELE E FISIOPATOLOGIA DA LESÃO POR PRESSÃO.....	35
3.1.1 Anatomia.....	36
3.1.2 O estímulo patológico e a lesão tissular.....	37
3.2 A LESÃO POR PRESSÃO (LP)	38
3.2.1 Conceito	38
3.2.2 Prevenção da LP.....	39
3.2.3 Classificação das LPs.....	42
3.2.4 Tratamento das LPs.....	49
3.2.5 Preparação do leito da ferida.....	49
3.2.5.1 Limpeza	50
3.2.5.2 Desbridamento.....	51
3.2.6 Curativos e coberturas.....	53
3.2.6.1 Classificações e tipos de curativos.....	54
3.3 GUIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM.....	62
4 MÉTODO	67
4.1 DESENHO DO ESTUDO	67
4.2 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)....	67
4.3 O LOCAL DO ESTUDO.....	68
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	69
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	70
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	72
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	72
5 RESULTADOS	75
5.1 MANUSCRITO 1 – O CONHECIMENTO E AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS SOBRE PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO RELACIONADOS COM LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI.....	76

5.2	PRODUTO – GUIA DE CUIDADOS RELACIONADOS COM LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	99
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
	REFERÊNCIAS.....	125
	ANEXO.....	135
	APÊNDICES	137

1 INTRODUÇÃO

Uma das consequências mais comuns resultante de longa hospitalização é o surgimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de risco, dentre eles: estado de saúde prejudicado; condição nutricional alterada; desequilíbrio hidroeletrolítico; déficit de mobilidade e/ou sensibilidade, fricção e cisalhamento, edema, umidade, idade, doenças sistêmicas, medicação, comprometimento neurológico e distúrbios metabólicos (BRASIL, 2013).

Diariamente, observam-se diferentes lesões de pele em pacientes hospitalizados, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sejam elas de etiologia cirúrgica, de processos infecciosos, trauma ou por úlceras por pressão (UP), recentemente denominadas pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) como lesões por pressão (LP). Dentre estas, as LPs são comumente encontradas em pacientes críticos, e por saber que a enfermagem é uma profissão que possui em sua essência o cuidado, esta precisa estar munida de boas práticas para que este cuidado seja planejado e implementado da maneira mais adequada para a prevenção e o tratamento da LP se esta ocorrer.

As LPs em sua maioria são evitáveis, mesmo sendo agravos com causas multifatoriais, deve haver empenho de toda a equipe multidisciplinar em trabalhar sobre a prevenção. Em estudo realizado em um hospital escola na cidade de São Paulo, com pacientes das especialidades cirúrgica, médica, obstétrica e pediátrica, para verificar a incidência de LP após a implementação de Protocolos de Avaliação de Risco e de Prevenção de LP, evidenciou diminuição acentuada destes índices, o que demonstra a eficácia das ferramentas (os protocolos) de controle da incidência de LP, quando utilizadas sistematicamente (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

A incidência de LP tem sido apontada como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada, o que possibilita o planejamento de medidas para a sua prevenção, a gestão e a avaliação das ações de enfermagem, além de orientar ações educativas à equipe de enfermagem (MOURA *et al*, 2009; SANTOS, 2011).

O Brasil possui uma política nacional de Segurança do paciente que possibilita por meio do gerenciamento de riscos, implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos e danos ao cliente decorrentes da assistência à saúde, um cuidado mais seguro (FASSINI; HAHN, 2012). Considerando a LP como um agravo na maioria das vezes evitável, inserido no âmbito da segurança do paciente deve toda a equipe

multiprofissional planejar ações, a exemplo de protocolos com o fim diminuir este risco.

A prevenção deve ser baseada em duas estratégias: a avaliação do risco e a implementação de ações para evitar que a lesão se instale. Os aspectos intrínsecos são mais difíceis de serem controlados, ainda mais no caso do doente grave, em terapia intensiva. Já os fatores extrínsecos, com uma equipe comprometida e instrumentalizada, tornam-se mais controláveis (ARAÚJO, 2011).

A LP é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção ou ainda relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição. (NPUAP, 2016). Outros fatores estão associados à LP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011).

Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), uma organização norte-americana reconhecida internacionalmente, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, formado em 1986 e que dispõe de autoridade para emitir recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas, educação e pesquisa visando à melhoria dos resultados na prevenção e tratamento das lesões por pressão, a prevalência de LP em hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) é de 15% e a incidência é de 7%. No Reino Unido, conforme Benbow *et al* (2001) casos novos de LP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospitais.

No Brasil, embora existam poucos trabalhos acerca da incidência e prevalência de LP, em um estudo realizado entre os anos de 2006 e 2007, em um Hospital de ensino de Brasília, observou-se uma prevalência de LP de 57,89% dos pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto desta instituição (MATOS, DUARTE, MINETTO; 2010). Outro estudo realizado no hospital universitário da USP (Universidade de São Paulo) em 2005, evidenciou uma incidência de 39,81% (ROGENSKI; SANTOS, 2005).

No âmbito dos programas e serviços de saúde, boas práticas incluem, além do conhecimento em situações específicas utilizando recursos adequados para o alcance das metas, a efetividade da prática

como contribuinte para o desenvolvimento e aplicações de soluções a problemas semelhantes em situações diferentes (OMS, 2008).

De acordo com Irion (2012), em pacientes de terapia intensiva, as LP apresentam uma prevalência de 41% e uma incidência de 33%, sendo que essas porcentagens são consideradas elevadas quando considera-se como referência o tratamento de pacientes internados, sobretudo em cuidados intensivos. Nesse sentido, Costa (2010) e o Ministério da Saúde do Brasil (2013) afirmam que as LP são consideradas um problema de saúde pública, isso porque elas representam relevantes causas de morbimortalidade, resultando em prejuízo para a qualidade de vida do paciente e seus familiares, além de onerar os cofres públicos.

Conforme a *National Guideline Clearing House* (2010), apesar da maioria das LP serem evitáveis, acredita-se que aproximadamente 600 mil pacientes norte-americanos hospitalizados nos EUA morram em decorrência de complicações secundárias à LP. O custo total estimado do tratamento de LP nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano.

Em 1987, o governo norte-americano criou um órgão para avaliação e credenciamento dos serviços de saúde – *The Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) – o qual estabeleceu que a lesão por pressão constitui um indicador de qualidade do cuidado e assim possibilitou a avaliação dos serviços de saúde prestados considerando alguns aspectos, entre eles a existência de LP (IRION, 2012; SOUZA, 2005).

É relevante destacar que a presença e incidência de LP tem se constituído em um indicador de qualidade assistencial em enfermagem, o que permite analisar os casos quanto à sua distribuição, vulnerabilidade dos pacientes e local onde são mais frequentes. Assim, este indicador serve para orientar medidas de prevenção da lesão, subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação das ações de enfermagem, além de orientar ações educativas à equipe de enfermagem (MOURA *et al*, 2009; SANTOS, 2011).

O interesse pelo tema em questão aconteceu durante o curso de graduação em enfermagem pela autora deste trabalho, que nesta época exercia atividades como técnica em enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, no município de Florianópolis. Eram então realizados muitos curativos domiciliares em pacientes acamados e podia-se observar como a escassez de recursos dificultava a terapêutica. Trabalhava-se com o que tinha. Concomitantemente, a autora também desenvolvia atividade profissional como técnica em enfermagem em um Hospital universitário, onde eram disponibilizados diversos materiais e tecnologias para o tratamento de feridas dos pacientes internados, evidenciando a diferença

entre as realidades. Assim, fascinada pela maneira com que a tecnologia empregada na produção e desenvolvimento de novas coberturas melhorava e aperfeiçoava o tratamento, proporcionava alívio da dor e diminuição do tempo e custo do tratamento, buscou desenvolver seus conhecimentos nesta área.

Atualmente, trabalhando como enfermeira na UTI adulto do hospital universitário em questão e ainda com foco nessa temática, esta observa problemas na continuidade do tratamento escolhido para as LPs, uma vez que cada enfermeiro prescreve e usa a cobertura que mais lhe parece apropriada, e com isso, muitas vezes há mudança na conduta prescrita pelo colega no dia anterior.

Entende-se que na prática, o enfermeiro, ao prescrever o tratamento com coberturas adequadas, pode proporcionar a recuperação do paciente no menor intervalo de tempo possível, de maneira mais confortável, eficiente e com o menor custo para a instituição de saúde. Contudo, poucos resultados positivos são evidenciados na prática, mesmo com recursos de última geração, quando estes não são bem aplicados e indicados. Pelo contrário, podem piorar e retardar a evolução de uma lesão, aumentar a dor, o tempo e o custo de um tratamento.

Ter o direito de selecionar um curativo/cobertura seria visto como um aspecto da autonomia, ou liberdade de ação profissional pelo enfermeiro. No entanto, não se pode esquecer que autonomia não é liberdade total, mas sim liberdade de agir dentro de limites da competência, os quais, por sua vez, estão confinados pelas fronteiras do conhecimento. Assim, os enfermeiros devem buscar tal autonomia, desde que tenham conhecimento e competência suficiente para a atividade em questão (DEALEY, 2008).

Atualmente, esta autonomia do enfermeiro se estabelece principalmente com a adoção de boas práticas em saúde. No âmbito dos programas e serviços de saúde, as boas práticas incluem, além do conhecimento em situações específicas, a execução utilizando-se os recursos adequados para o alcance das metas, considerando-se também a efetividade da prática como contribuinte para o desenvolvimento e aplicações de soluções a problemas semelhantes em situações diferentes (OMS, 2008).

O conhecimento acerca das coberturas para a LP é essencial ao enfermeiro intensivista, pois essa terapêutica quase sempre se dá de maneira contínua e com resultados progressivos. Portanto, é importante que os profissionais possuam um alinhamento de condutas neste assunto

possibilitando assim a melhor escolha, bem como a continuidade da opção de tratamento mais adequada.

A busca por melhores práticas exige mudanças no processo de trabalho, nos comportamentos, métodos, fluxo das informações e na reflexão crítica (ERDMANN *et al*, 2006). Diante disso, percebo a necessidade de padronização dos cuidados de enfermagem ao paciente portador de LP na UTI da instituição onde atuo, no sentido de uniformizar as condutas dos enfermeiros e alcançar a eficácia e eficiência no plano de cuidados realizados pelos profissionais que atuam nesta instituição.

Deste modo, o estudo tem como questão norteadora: **Quais cuidados de enfermagem são necessários para compor um guia de prevenção, avaliação e tratamento relacionados a LP em uma UTI Adulto?**

Com esta pesquisa idealizada no Curso de Mestrado Profissional pretendeu-se aprimorar o cuidado de enfermagem existente na instituição, construindo um guia de cuidados com a terapêutica de feridas, gerando assim conhecimento que aplicado à prática, possibilita a otimização dos resultados e custos. Assim, o tema proposto tem relevância por proporcionar benefícios para o paciente e família, no sentido de restabelecer a saúde, evitar maiores complicações e proporcionar maior qualidade de vida, e para a instituição, no sentido de colaborar para a realização de uma assistência de qualidade com menores custos, bem como para os enfermeiros, revertendo-se em uma oportunidade para compartilhar conhecimentos, buscando instrumentalizá-los para a realização de um cuidado seguro, inovado e sistematizado.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Construir, junto aos enfermeiros de uma UTI adulto, um guia de cuidados de enfermagem relacionados com lesão por pressão.

2.2 ESPECÍFICOS

- Investigar o conhecimento e as práticas dos enfermeiros sobre prevenção, avaliação e tratamento relacionados com LP em pacientes internados na UTI;
- Identificar com os enfermeiros, quais os cuidados necessários para a prevenção, avaliação e tratamento de lesões por pressão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para subsidiar uma boa avaliação, etapa indispensável no processo de planejamento e implementação de medidas preventivas e curativas de LP, faz-se necessário o conhecimento sobre as bases anatomofisiológicas da pele, bem como sobre os fatores predisponentes da LP, tratamento, prevenção e assistência de enfermagem a pacientes portadores de LP.

Nesse sentido este capítulo apresenta uma revisão descritiva da literatura, construída a partir de artigos e literatura recente, que vêm fundamentar o estudo e subsidiar as discussões e análises dos resultados obtidos.

3.1 BASES ANATOMOFISIOLOGICAS DA PELE E FISIOPATOLOGIA DA LESÃO POR PRESSÃO

A pele constitui o maior órgão do corpo humano, representa 15% de seu peso e em um indivíduo adulto reveste cerca de 2m^2 , com aproximadamente 2mm de espessura e também é um dos órgãos mais ativos. Além da proteção, a complexa estrutura de tecidos permite sua adaptação a diferentes funções como termorregulação, percepção e secreção (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007; IRION, 2012).

Irion (2012) divide a fisiologia da pele em três categorias principais: proteção, imunidade e termo regulação. Proteção, por conferir proteção passiva evitando que elementos do meio ambiente penetrem no corpo, evitando a perda descontrolada de água e outras substâncias fundamentais e atuando como primeira linha de defesa do sistema imunológico. A pele é composta por duas camadas principais a epiderme e a derme, que se encontram firmemente aderidas e que se apoiam sobre o tecido subcutâneo. Essa camada de gordura também é essencial para a função da pele, aumentando o isolamento térmico e protegendo de lesões por forças de compressão e cisalhamento entre as superfícies de suporte e as proeminências ósseas do corpo. Em relação à Imunidade, sabe-se que a pele possui vários componentes celulares e humorais do sistema imunológico e inúmeros sistemas de defesa moleculares contra microrganismos. E sobre a função termorreguladora, salienta que a pele em contato com o meio externo possibilita o resfriamento do sangue através da perda de calor ao passar por ela. A perda de calor depende da diferença de temperatura entre o sangue e o ar. Para aumentar a perda de calor um maior fluxo sanguíneo é bombeado para a pele. À medida que os órgãos internos se aquecem os vasos sanguíneos se dilatam possibilitando uma maior perda de calor através da pele para o ambiente.

Por outro lado, em um ambiente frio ocorre a vasoconstrição e consequentemente a redução na perda de calor.

3.1.1 Anatomia

Divide-se anatomicamente a pele em duas camadas, uma superficial, constituída por tecido epitelial, a epiderme e uma camada mais profunda, a derme, composta por tecido conjuntivo apresentando-se como a camada mais espessa da pele. Hoje, a hipoderme que fica sob a derme e é considerada uma tela subcutânea, constituída por tecido conjuntivo areolar e adiposo, já não é mais considerada como a terceira camada da pele (TORTORA; DERRICKSON, 2012).

A **epiderme**, segundo Irion (2012), tem espessura de 75 a 150 microns (μm), mas atinge 400 a 600 μm , nas palmas das mãos e plantas dos pés. É constituída de epitélio estratificado composto de queratinócitos e formada por quatro camadas celulares distintas: **germinativa ou basal**, camada mais profunda da epiderme, constituída por células basais e melanócitos, possuem intensa atividade mitótica que atribui o caráter germinativo à epiderme; **espinhosa ou malpighiana**, formada por células espinhosas; **granulosa**, constituída por células granulosas, que se caracterizam pela significativa quantidade de grânulos de queratoialina, envolvida na queratinização da pele; e finalmente a camada **córnea**, composta por células epidérmicas anucleadas, constituídas de queratina (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007). A camada mais externa da epiderme, também conhecida como estrato córneo, é responsável por valiosa contribuição para a proteção da pele, pois exerce função de barreira contra a perda de fluidos transepidérmica e contra a invasão de agentes do meio externo (SMELTZER *et al*, 2011).

A **derme**, é muito mais espessa que a epiderme, mas ao contrário da primeira, não possui organização regular. Contém fibras elásticas densas de tecido conjuntivo, que envolvem estruturas acessórias da epiderme (glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e pelos), feixes de colágeno que unem a derme ao tecido subcutâneo e estruturas adjacentes (fáscia, músculos e ossos) (IRION, 2012).

Silva, Figueiredo e Meireles (2007) caracterizam a derme como sendo constituída de uma substância fundamental, um gel viscoso rico em muco polissacarídeo, envolvido na resistência mecânica da pele, e material fibrilar de três tipos: fibras colágenas, elásticas e reticulares.

A derme é composta por duas camadas: papilar e reticular. A camada papilar é fina e moldada pelo contorno com as estrias/sulcos da epiderme. É formada por fibras de colágeno do tipo III e IV, as quais são

mais finas e elásticas, e, portanto, suportam maior compressão. Sua principal característica é a rede de vasos sanguíneos e linfáticos organizados em plexos. Já a camada reticular é mais espessa que a camada papilar, é relativamente avascular e acelular se comparada a outros tecidos. Constituída por fibras mais densas, como as do tipo I, a qual oferece elevada força tensora (IRION, 2012).

Figura 1 – Estrutura anatômica da pele.



Fonte: NPUAP (2016).

3.1.2 O estímulo patológico e a lesão tissular

Existe causalidade direta entre as alterações moleculares ou estruturais nas células e as formas de lesão tissular. Os estímulos patológicos das lesões, tais como a pressão e os demais fatores envolvidos na gênese, por exemplo, podem levar à adaptação da célula, que resulta em alterações estruturais sem causar, no entanto, maiores danos. De maneira geral, essas alterações de pele dependem do tipo, da duração e da intensidade do estímulo, mas também do estado e da adaptabilidade da célula em suportar a agressão. Em relação às lesões por pressão, mais especificamente, o mecanismo de lesão isquêmica e necrose são os fatores centrais deste processo. Nas lesões por pressão, ocorre aplicação de estímulos mais agressivos, os limites adaptativos são excedidos, o que resulta em uma cadeia de eventos que culminam em uma lesão celular (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

A causa mais comum de hipóxia é a isquemia. O estímulo de baixa oxigenação causa o impedimento de geração de adenosina trifosfato (ATP), já que o oxigênio é a molécula fundamental na fosforilação oxidativa pelas mitocôndrias. Com isso, a célula inicia mecanismos anaeróbicos alternativos para produção de energia, a partir do glicogênio

e da ação da enzima creatina-quinase, o que resulta em acúmulo de ácido láctico e diminuição do pH (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Ainda para estes autores, o evento causa a tumefação celular aguda (edema celular), uma vez que ocorre a disfunção da membrana plasmática na regulação do volume celular, com as mitocôndrias e os retículos endoplasmáticos. Sequencialmente, outras células sofrem alterações estruturais e funcionais, as quais são reversíveis com a restauração da oxigenação.

Continuando e persistindo o estímulo da isquemia, o dano tende a evoluir irreversivelmente, pois os mecanismos atingem outras organelas citoplasmáticas e sofrem lesão externa. A membrana plasmática fica impermeável, o que permite a perda de proteínas, coenzimas e metabólitos essenciais à reconstituição do ATP. Além disso, o conjunto acidez e alterações iônicas resultam em extravasamento de enzimas de estruturas celulares para o citoplasma, as quais iniciam ação enzimática de seus componentes. Essa série de eventos gera a morte celular, ou necrose (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

3.2 A LESÃO POR PRESSÃO (LP)

3.2.1 Conceito

A LP é conhecida por vários nomes, entre eles, escara, escara de decúbito, úlcera de decúbito, úlcera de pressão, úlcera por pressão. Estas nomenclaturas são utilizadas corriqueiramente na prática cotidiana, mas na verdade são imprecisas. No termo úlcera de decúbito, por exemplo, refere-se somente às lesões em pacientes deitados, pois a palavra “decúbito”, do latim “*decumbere*”, significa “deitado”, não descrevendo a úlcera por pressão de um paciente sentado (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010). Da mesma forma, não se deve utilizar o termo escara, pois que se refere apenas ao tipo de tecido (necrótico) que pode existir sobre uma úlcera (BORGES, 2008).

Neste trabalho será adotado o termo lesão por pressão (LP) por acreditar que este termo melhor descreve o problema em si e por ser este, o termo traduzido do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2016).

Lesões por pressão são as feridas produzidas por lesão de tecido entre as superfícies de acomodação e as proeminências ósseas (IRION, 2012) e podem estar relacionadas a alta sobrecarga ou forças repetitivas que produzem lesão tecidual por diminuírem o aporte de oxigênio dos

tecidos moles, iniciando assim um dano/isquemia tecidual (BORGES, 2008).

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, em vista ao prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (BRASIL, 2013a).

3.2.2 Prevenção da LP

De acordo com estudo realizado por Lima e Guerra (2011) é mais vantajoso aplicar cuidados na prevenção da lesão por pressão do que permitir que se instale para depois tentar tratá-la. O problema gera um maior desgaste para as equipes de saúde, e o custo é maior para o sistema de saúde. Além disso, traz ao paciente um desgaste imensurável, e o trauma causado é uma “ferida” que o marca intimamente por toda a vida.

Por muito tempo as lesões por pressão foram descritas como um problema unicamente relacionado aos cuidados de enfermagem. Inúmeros estudos têm demonstrado que as LP possuem causas multifatoriais passando então à necessidade do cuidado por uma equipe multidisciplinar (GOULART *et al*, 2008).

As medidas de cuidados para a manutenção da integridade da pele, dos pacientes restritos ao leito, são medidas relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de LP como para quaisquer outras lesões da pele (BRASIL, 2013a).

De acordo com Protocolo para prevenção de lesões por pressão do Ministério da Saúde, são adotadas seis etapas essenciais a estratégia de prevenção de LP, que são: avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes; reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados; inspeção diária da pele; manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada; otimização da nutrição e da hidratação, e procedimento operacional para minimizar a pressão (BRASIL, 2013a).

1ª Etapa – Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

Esta avaliação apresenta dois componentes: a avaliação do risco do paciente para desenvolver a LP e a avaliação da pele e detecção de lesões já instaladas (BRASIL, 2013a). Existem várias ferramentas para a avaliação do risco do paciente para o desenvolvimento das LP em que se pode confiar. Dentre estas, as escalas preditivas, quando já validadas, são instrumentos para a avaliação diária do risco, possibilitando um plano de cuidados adequado e aumentando a efetividade das intervenções realizadas (FALCI; CRUZ, 2008). O conhecimento produzido a partir desta avaliação diária contribui para a tomada de decisões, facilita o planejamento do cuidado e dos recursos necessários à execução das ações de prevenção e tratamento dessas lesões (MAIA; MONTEIRO, 2011). Dentre estas escalas, estão citadas as mais conhecidas: Norton, Gosnell, Waterlow e Braden.

A escala criada por Norton e colaboradores, em 1962, abrange cinco parâmetros de risco para desenvolvimento de LP: condições físicas, condições mentais, atividade, mobilidade e incontinência (LIMA; GUERRA, 2011). Para cada item considera-se um escore de 1 a 4 e a pontuação é somada resultando em um valor que representa o risco. Os valores podem variar entre 5 e 20. Resultados de 14 ou menos indicam risco de desenvolver a LP e resultados de 12 ou menos indicam risco alto (IRION, 2012).

Gosnell em 1973, passa a considerar as medicações utilizadas pelo paciente, enfatiza quatro das cinco subescalas de Norton e adiciona mais três itens de avaliação da integridade da pele, a aparência, a tonalidade e a sensibilidade (LIMA; GUERRA, 2011). Mas, ao contrário da escala de Norton, nesta escala o 5 é o valor mais baixo, indicando o menor risco e 20 representa o risco mais alto (IRION, 2012).

A Escala de Waterlow, desenvolvida em 1985, classifica os pacientes como em risco, alto risco e risco muito alto. Cria um guia para avaliação desse risco e contém condutas direcionadas para a prevenção e terapêuticas. É a escala é mais utilizada no Reino Unido. (LIMA; GUERRA, 2011). Considera relação peso/altura, sexo, apetite, tipo de pele, mobilidade, débito neurológico, continência, riscos especiais, cirurgia de grande porte ou trauma e medicação (WECHI, 2013).

A Escala de Braden, desenvolvida por Braden e Bergstron, é composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento (LIMA; GUERRA, 2011). É a mais utilizada no Brasil. Apresenta uma escala

ordinal de 1 a 4 para cada item. O risco aumenta com a pontuação mais baixa e a contagem máxima é de 23. Os resultados de 16 ou menos caracterizam em geral uma situação de risco (IRION, 2012).

2ª Etapa – Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados

Esta etapa é necessária para a avaliação das modificações que podem ocorrer devido a todos os aspectos que influenciam no risco, permitindo assim, a realização de modificações necessárias no plano e na execução da assistência de enfermagem. Para isso, deve-se utilizar de um método/abordagem estruturado de avaliação de risco (BRASIL, 2013a).

As etapas a seguir deverão ser utilizadas nos pacientes considerados de risco pela avaliação realizada (etapas 1 e 2) e devem ser instituídas pelo enfermeiro.

3ª Etapa – Inspeção diária da pele

Os pacientes em risco para desenvolverem LP, devem ser avaliados diariamente em toda extensão de sua pele. Considerando-se a possibilidade de instabilidade dos doentes hospitalizados, a mudança do estado tegumentar e integridade da pele pode mudar em questão de horas. Esta inspeção deve ser minuciosa e deve-se dar especial atenção às proeminências ósseas e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos (BRASIL, 2013a).

O enfermeiro deve realizar o registro adequado das alterações encontradas e pode ser necessário o aumento da frequência da avaliação dependendo do estado de saúde do paciente (BRASIL, 2013a).

4ª Etapa – Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Considerando-se que a pele úmida é mais vulnerável é indicado a limpeza sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares, utilizando-se de produto de limpeza suave que promova a limpeza e minimize a secura da pele (BRASIL, 2013a).

As fontes de umidade podem ser várias, dentre elas as decorrentes de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas e quando estas não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e que hidratam a pele também podem ser utilizados. A hidratação da pele

ressecada com cremes e soluções hidratantes também tem se mostrado efetiva na prevenção de LP (BRASIL, 2013a).

5ª Etapa – Otimização da nutrição e da hidratação

Os aspectos nutricionais e a hidratação devem ser considerados na avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LP. Pacientes com perda muscular acentuada podem apresentar ossos mais salientes e a deambulação mais difícil aumentando o risco de lesões. Além disso, pacientes mal nutridos apresentam riscos duas vezes maiores de lesões de pele. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele (BRASIL, 2013a).

6ª Etapa – Minimizar a pressão

Com o objetivo de diminuir a pressão sobre as proeminências ósseas e permitir a manutenção da circulação nas áreas em risco o paciente deve ser reposicionado a cada 2 horas ou deve-se utilizar superfícies de redistribuição de pressão (BRASIL, 2013a).

3.2.3 Classificação das LPs

Já diante de uma lesão instalada, deve-se sempre ter em mente o prejuízo que a pressão sobre a pele fragilizada pode causar. Primeiramente, deve-se evitar a pressão no local afetado e através da observação dos aspectos de cada lesão, uma cobertura deve ser escolhida. O enfermeiro instrumentalizado consegue fazer a melhor escolha de tratamento. O registro de toda a avaliação, contendo aspectos da lesão e cuidados prestados, possibilita que o enfermeiro que realizará a reavaliação, tenha noção exata de como estava a lesão e de como esta se comportou frente ao tratamento prescrito e utilizado (ARAÚJO, 2011).

Para a realização de um registro adequado da lesão é necessário compreender que a LP possui estágios e recebe uma classificação de acordo com suas características. Estes estágios não se referem necessariamente à evolução da lesão tissular e sim a profundidade da lesão observada.

Irion (2012) salienta que algumas limitações nesse processo devem ser consideradas. Os pacientes com pele muito pigmentadas são um exemplo. A detecção de lesão por pressão estágio 1 nesses casos é mais difícil, deve-se observar cuidadosamente além da coloração, comparando-a com a pele circunvizinha, também a temperatura da pele na região avaliada.

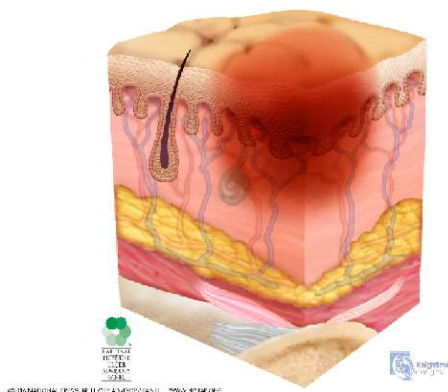
Outra limitação na avaliação das lesões ocorre quando os profissionais se sentem tentados a fazerem estimativas do estadiamento das lesões, porém, a classificação da lesão deve ocorrer somente após toda a remoção da escara, permitindo a observação do seu leito real (IRION, 2012).

NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014) consideram os termos estágio, grau ou categoria, desde que seja reconhecido como o mesmo nível do dano tecidual. Em 2016, o NPUAP modificou a terminologia de Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e atualizou a nomenclatura dos estágios do sistema de classificação. A expressão descreve mais precisamente esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada (NPUAP, 2016). A seguir estão descritos os referidos estágios.

Estágio 1

Pode-se considerar aquela área de pele íntegra com hiperemia que ao toque mantém o rubor e que pode parecer diferente em pele de cor escura. A pele intensamente pigmentada não exibe clareamento visível, mas sua coloração é diferente da área circunvizinha. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as alterações visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo. (NPUAP, 2016).

Figura 2 – Representação da pele com lesão de LP em Estágio 1.

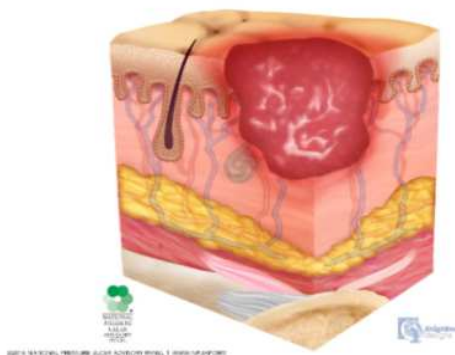


Fonte: NPUAP (2016).

Estágio 2

A lesão por pressão estágio 2 é atualmente descrita como: “perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes” (NPUAP, 2016).

Figura 3 – Representação da pele com lesão de LP em Estágio 2.

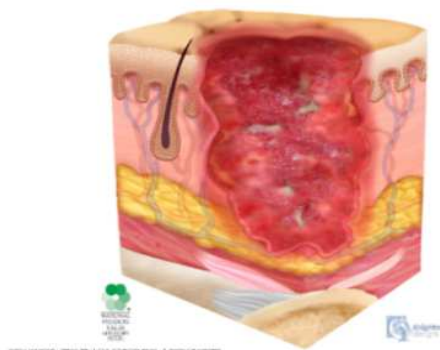


Fonte: NPUAP (2016).

Estágio 3

É classificada como estágio 3 a lesão que se estende para o tecido subcutâneo e não atravessa a fáscia. Consiste na “Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas” (NPUAP, 2016).

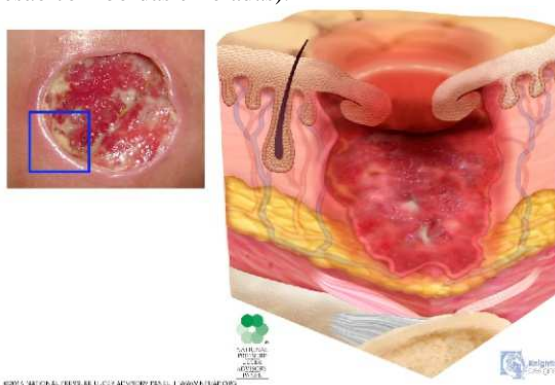
Figura 4 – Representações da pele com lesão de LP em Estágio 3.



Fonte: NPUAP (2016).

A gordura subcutânea pode estar visível, porém os ossos, tendões ou músculos não são expostos. Pode haver maceração, porém sem obscurecer a profundidade da perda tecidual. Pode incluir corrosão ou formação de túnel” (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p.13).

Figura 5 – Representações da pele com lesão de LP em Estágio 3 com presença de epíbole (lesão com bordas enroladas).



Fonte: NPUAP (2016).

Estágio 4

Lesão que se estende além da fáscia e mais profundamente é classificada como LP estágio IV. A definição do NPUAP é:

Desepitelização total da pele com perda tissular. Ocorre exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. “Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas

enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica”. (NPUAP, 2016). A ponta do nariz, o ouvido, o occipício e o maléolo não possuem tecido subcutâneo e essas úlceras podem de apresentar de maneira superficial. As úlceras de estágio IV podem se estender para os músculos e/ou estruturas de apoio (por exemplo, fáscia, tendão ou capsula articular) possibilitando a ocorrência de osteomielite (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p. 13).

Figura 6 – Representações da pele com lesão de LP em Estágio 4.



Fonte: NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014, p.13).

Não Classificável

O estadiamento da LP não deve ser realizado até que seja possível a observação da base da ferida. O NPUAP define como: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente (NPUAP, 2016). Escara estável (seca, aderente, íntegra, sem eritema ou flutuação) nos calcanhares serve como cobertura natural (biológica) do corpo e não deve ser removida (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p.13).

Figura 7 – Representações da pele com lesão de LP Não Classificável.



Fonte: NPUAP (2016)

Lesão por Pressão Tissular Profunda (LTP)

Irion (2012) diz que uma lesão classificada como Estágio 1 pode apresentar tanto uma lesão de pele mínima ou ainda uma necrose extensa sob a pele aparentemente íntegra. Existe a possibilidade destas lesões aparentemente superficiais acobertarem uma necrose tissular extensa que se inicia ao redor de uma proeminência óssea e que evolui na direção da pele. A erosão repentina da pele pode ser precedida apenas da modificação da coloração da pele.

Para contemplar esta situação, o NPUAP (2016), define como:

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular.

A lesão tecidual profunda que pode ser difícil de detectar em indivíduos de pele mais pigmentada. "A evolução pode ser rápida a ponto

de expor outras camadas de tecido, mesmo com tratamento ideal” (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p. 13).

Figura 8 – Representações da pele com Lesão por Pressão Tissular Profunda.



Fonte: NPUAP (2016).

Durante o último encontro do NPUAP, ocorrido em abril de 2016, outras definições de lesões por pressão foram acordadas e adicionadas: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa.

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

A NPUAP descreve a Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico por sua etiologia que resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão geralmente apresenta o formato do dispositivo que a originou. Deve-se classificar esta utilizando o sistema de classificação de lesões por pressão baseado no grau de dano tecidual (NPUAP, 2016).

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

“A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas” (NPUAP, 2016).

Outro aspecto que não pode ser esquecido no estadiamento das lesões é a irreversibilidade dos estágios. Uma ferida com envolvimento subcutâneo é preenchida por tecido de granulação e se contrai, ela não é preenchida pelo mesmo tecido que havia originalmente.

Consequentemente uma ferida classificada como estágio 4 não poderá voltar a ser 3, 2 e 1 porque já não existem mais, os marcadores tissulares definidores. Utiliza-se então o estágio original (último a ser classificado) e a descrição da profundidade atual da lesão.

3.2.4 Tratamento das LPs

Sabendo o estágio em que a LP se encontra, propõem-se o tratamento mais adequado para promover a cicatrização. Santos e Carvalho (2009) sugerem a realização uma completa e criteriosa avaliação, considerando o cuidado individualizado. A princípio, é necessário aprofundar-se no conhecimento de anatomia e fisiologia, mesmo porque a localização e os estágios das LP são de extrema relevância. Segundo Dealey (2008) a região comprometida influencia no processo de decisão e escolha do tratamento, ao passo que, os estágios das LP auxiliam na caracterização da lesão em relação ao dano tissular presente.

Após a avaliação do estágio das LP, o próximo passo é selecionar os produtos para o tratamento. Para isso, há um número expressivo de opções terapêuticas disponíveis no mercado. Porém, baseado em evidências, a EPUAP, NPUAP e PPPIA (2014) apresentam algumas recomendações que tentem a contribuir com o processo de cicatrização. A higienização da LP deve ser realizada por meio de irrigação suficiente, sem comprometer o tecido existente, utilizando solução fisiológica ou água potável, e surfactantes e/ou antimicrobianos na presença de suspeita de infecção ou altos níveis de colonização bacteriana. O desbridamento tem indicação na presença do tecido necrótico ou na margem da LP. Os métodos podem ser cirúrgico, autolítico, enzimático, mecânico e biológico. A escolha do curativo é baseada na caracterização da LP, e/ou nos objetivos referente ao paciente.

3.2.5 Preparação do leito da ferida

Segundo Irion (2012) é necessário a otimização da regeneração celular no leito da ferida removendo-se o tecido desvitalizado que dificulta a migração celular e que libera mediadores inflamatórios, lentificando o processo de recuperação e proliferação de novas células para preenchimento da lesão. Além disso, inflamação e necrose propiciam o crescimento bacteriano. O desbridamento deve gerar um equilíbrio bacteriano permitindo da regeneração da ferida e não a ausência de bactérias. Alguns aspectos da regeneração da ferida são acelerados por baixos índices bacterianos, nunca ultrapassando uma carga maior que 100.000/grama, o que prejudica o processo. Existem riscos para o não

desbridamento, tais como osteomielite, regeneração lenta, amputação de membro infectado, celulite progressiva, sepse e até mesmo à morte (IRION, 2012).

3.2.5.1 Limpeza

A *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), um órgão criado pelo Congresso Americano em 1989 e posteriormente denominado *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), sintetizou o conhecimento relacionado à prevenção e ao tratamento da LP para embasar os protocolos de cuidados na prática clínica. Esta revisão tem sido atualizada periodicamente por outros autores (AHRQ, 2010).

Segundo a AHRQ (2010) deve-se realizar a limpeza da ferida a cada troca de curativo, tendo o cuidado de evitar-se lesões durante esta fase. Borges (2008) salienta a contra indicação da limpeza com desbridamento mecânico através da escovação e que em determinados casos se contesta a orientação de limpeza a cada troca de curativos. Mas é necessário uma adequada visualização do leito da ferida para se realizar um avaliação confiável e a partir daí estabelecer o plano de cuidados e tomada de decisões.

A limpeza deve ser realizada com soro fisiológico ou com determinados tipos de detergentes especializados através de irrigação gerando uma pressão adequada que retire o tecido desvitalizado, mas que não lese o tecido viável e nem desloque as bactérias para o centro da ferida, segundo orientação da AHRQ (2010). A pressão de irrigação entre 4 e 15 psi (*per square inch*) é considerada ideal e segura para o processo de limpeza através da irrigação (IRION, 2012).

No Brasil utiliza-se seringa de 20ml conectada a agulha de calibre 12 ou frasco de soro fisiológico a 0,9% de 250ml perfurados por agulhas de diversos calibres (BORGES, 2008).

Com base em estudo realizado por Rodrigues e Silva (2012) onde foi realizada uma revisão sistemática de estudos publicados entre 1992 a 2012 sobre as técnicas e soluções de limpeza de feridas, concluiu-se que a irrigação parece ser a técnica de limpeza mais indicada no tratamento de feridas, mesmo não havendo consenso em relação à pressão indicada, aos equipamentos e à quantidade de irrigante a ser utilizado.

As mesmas autoras encontraram outras opções de limpeza de feridas, como a imersão e o chuveiro que segundo alguns estudos demonstram também ser eficazes, enquanto que a limpeza tradicional com compressa parece não estar fundamentada, apesar de atualmente

ainda ser uma prática corrente, sendo cada vez mais desencorajada a sua utilização (RODRIGUES; SILVA, 2012).

Sobre as soluções de limpeza de feridas, a água aparece como alternativa segura, mostrando-se eficaz mas ainda necessitando de mais estudos que suportem a utilização, rentabilidade e qualidade. Grande parte dos estudos compara duas soluções, sendo essa comparação efetuada com soro fisiológico. A solução de polihexanida/polihexametileno surge atualmente como o antisséptico mais indicado na limpeza de feridas colonizadas/infetadas, no entanto a sua comparação com outros antissépticos ainda é escassa (RODRIGUES, SILVA, 2012).

O Polihexametileno Biguanida (PHMB) com Betaína é uma solução de limpeza que contém agentes hidratantes e PHMB, um antisséptico não citotóxico, sendo indicada para feridas crônicas. A betaína é um alcaloide surfactante que tem alta solubilidade em água e induz um efeito de stress osmótico aumentando a solubilidade e melhorando a limpeza, através da baixa tensão superficial induzida pelo surfactante, que ajuda na remoção de detritos e bactérias (CUTTING, 2010).

Em lesões cavitárias ou profundas a limpeza mais eficaz deve ser realizado com sonda conectada a uma seringa, a qual deve ser introduzido com cuidado no local a ser irrigado (SANTOS *et al*, 2012).

Deve-se evitar a limpeza mecânica com a gaze embebida em soro fisiológico a 0,9%, pois essa prática traumatiza o tecido viável, desencadeando reação inflamatória retardando a cicatrização (BORGES, 2008).

Segundo Rodeheaver, Krasner e Sibbald (2007), em função do reduzido tempo de contato com a superfície da lesão, não é necessário que a limpeza seja realizada com solução isotônicas. Além disso, a eficácia da irrigação pode decrescer, à medida que a lesão por pressão cronifica, as bactérias aprofundam-se e fixam-se nos tecidos, criando um biofilme, sendo necessário outras medidas mais agressivas, como desbridamento e antibioticoterapia (RODEHEAVER; KRASNER; SIBBALD, 2007; SANTOS, 2012).

3.2.5.2 Desbridamento

Entre os diversos princípios da terapia tópica, a remoção não somente da necrose como também de corpos estranhos do leito da ferida constitui um dos primeiros e mais importantes componentes a serem considerados no tratamento da ferida (BLANES, 2004). É necessário

remover os tecidos mortos e corpos estranhos antes de avaliar e escolher as coberturas (MOORE, 2008).

De acordo com Yamada e Santos (2009), enquanto limpeza refere-se ao uso de fluidos para, suavemente remover bactérias, fragmentos, exsudato, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos, o desbridamento consiste na remoção de tecidos necrosados aderidos ou de corpos estranhos do leito da ferida, usando técnicas mecânica e/ou química. A limpeza da ferida deve ser realizada com uso de técnica e fluido que minimize trauma mecânico e químico. As soluções utilizadas devem ser, preferencialmente aquecidas para evitar a redução da temperatura no leito da ferida. Uma temperatura constante de 37 graus estimula a mitose durante a granulação e epitelização (DEALEY, 2008; YAMADA; SANTOS, 2009; AHRQ, 2010; IRON, 2012). Dealey (2008) cita estudo de Lock (1980) que descreve aumento significativo na atividade mitótica em feridas cujo curativo mantinha a temperatura próxima da temperatura corporal.

O desbridamento de uma ferida é recomendado na maioria dos casos pelo NPUAP. A remoção de qualquer tecido necrótico da ferida, escolhendo criteriosamente o método para a situação do paciente e considerando medidas de prevenção e controle da dor são recomendações das diretrizes da AHRQ (2010).

O desbridamento pode ser realizado de vários modos, entre eles:

- O desbridamento autolítico, utiliza os próprios leucócitos e enzimas para a degradação do tecido necrótico no processo, é seletivo, confortável, porém lento, e para que ele ocorra é necessário a manutenção do meio úmido;
- O desbridamento enzimático ou químico, utiliza enzimas proteolíticas que estimulam a degradação do tecido desvitalizado, é seletivo e pouco agressivo; é necessário a manutenção do meio úmido;
- O desbridamento mecânico, consiste na remoção dos tecidos desvitalizados com o uso da força física como na fricção com gazes ou esponja, ou remoção de gazes secas, porém previamente aderidas na lesão e desbridamento cirúrgico/instrumental é realizado com tesoura ou lâmina de bisturi, dependendo da lesão e condições do paciente pode ser feita a beira do leito, ambulatório ou centro cirúrgico; é considerado o método mais eficaz por remover extensas áreas em curto tempo, pode ter complicações como dor ou

sangramento (SANTOS; OLIVEIRA; SILVA, 2013; YAMADA, 2009; IRION, 2012).

As lesões de calcâneo possuem uma recomendação especial, não se deve desbridar lesões de calcâneos com escara seca, estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo quando não apresentam edema, eritema, flutuação e drenagem. Mas devem ser examinadas todos os dias à procura destes sinais ou complicações que exijam o desbridamento (AHRQ, 2010; IRION, 2012; NPUA, 2016).

Um aspecto importante que não deve ser esquecido no momento do desbridamento é o controle da dor. As diretrizes da AHRQ (2010) recomendam medidas de prevenção e controle da dor durante o desbridamento. Segundo Irion (2012) é importante se considerar o tempo de efeito da medicação analgésica, administrando-se antecipadamente o suficiente para que a medicação faça o seu efetivo controle da dor.

3.2.6 Curativos e coberturas

Ao longo dos anos os homens sempre realizaram coberturas para as feridas com a finalidade de melhorar a sua cicatrização. Na atualidade, existem inúmeros tipos de materiais para coberturas em curativos para as mais diversas feridas. Cabe ao profissional escolher o melhor curativo para cada situação (IRION, 2012).

Irion (2012) relata os aspectos que devem ser considerados pelo profissional para a escolha do curativo ideal são a fisiopatologia da ferida, facilidade de utilização, volume e características da secreção, existência ou não de infecção, profundidade, questões sociais e econômicas e as propriedades do curativo.

Turner (1982) definiu algumas características para a escolha da cobertura mais apropriada para manter o ambiente propício para a reparação tissular, são elas: manter umidade na interface ferida/cobertura, remover o excesso de exsudato, permitir a troca gasosa, promover isolamento térmico, proporcionar proteção contra infecção, ser isento de partículas e contaminantes e permitir a remoção sem causar traumas. Além destas, Dealey (2008) acrescenta disponibilidade, flexibilidade, facilidade de manuseio e custo-eficácia.

Para a melhor escolha do curativo o profissional deve iniciar o processo observando as finalidades do curativo. Um curativo adequado deve: promover proteção física da ferida e prevenção de contaminação; promover o desbridamento autolítico; reter calor, umidade, células, enzimas e fatores do crescimento no leito da ferida; preencher o espaço morto para evitar a formação de hematomas, abscessos, túneis, fístulas e

realizar o controle da secreção por absorção, evaporação ou oclusão (IRION, 2012).

3.2.6.1 Classificações e tipos de curativos

Irion (2012) classifica os curativos pela capacidade de controle de secreção. O Curativo seco-seco é aplicado e removido sobre a lesão quando ainda permanece seco. Usado para absorver pequenas quantidades de secreção ou para homeostasia em feridas agudas, além da cobertura de feridas cicatrizadas por primeira intenção. Curativo úmido-úmido é umedecido com solução fisiológica ou antisséptica com o objetivo de amolecer o tecido necrótico ou tratar uma ferida infectada. O curativo úmido-seco é utilizado para o tratamento de feridas com necessidade de desbridamento de grande quantidade ou com mais rapidez da escara. Os curativos microambientais (oclusivos e semioclusivos) atuam no ambiente da ferida promovendo a recuperação e regeneração da área. Ainda sobre os curativos microambientais explica que os oclusivos não permitem transmissão em qualquer direção. Já nos semioclusivos existe a troca de vapor de água e alguns outros gases através dele (IRION, 2012).

As coberturas podem ser classificadas ainda como primária - aquelas que permanecem em contato direto com o leito da lesão; e secundária - aquelas que ficam sobre a cobertura primária, podendo ser gazes, chumaços, entre outros (BLANES, 2004).

Existem muitas coberturas para curativos disponíveis no mercado. Entre elas estão: membranas biológicas e sintéticas, impregnado, colágenos, lâminas de gel de silicone, camadas de contatos, tecnologias de prata, gazes elásticas, películas transparentes, enchimentos de ferida, gazes e curativos não trançados, protetores cutâneos líquidos, hidrocoloides, barreiras de umidade, hidrogéis amorfos, umidificantes terapêuticos, hidrogéis, curativos impregnados, substitutos cutâneos e celulose reconstituída com oxigênio.

A escolha deve ser mediada por conhecimento científico e capacitação do profissional que avaliará as necessidades do paciente bem como as disponibilidades do serviço de saúde.

Assim, conforme a sua finalidade, os curativos podem ser classificados em:

a) Curativos Não Oclusivos

Curativos de gaze de algodão são tipos muito utilizados de curativos não oclusivos. Essa classe de curativos permite a

permeabilidade de bactérias, líquidos e gases. São utilizados para cobertura de lesões pouco exsudativas, para a contenção de sangramentos ou para a cobertura de feridas cicatrizadas por primeira intenção. São utilizados também na realização de curativos de feridas muito exsudativas, para realizar a absorção deste exsudato volumoso (IRION, 2012).

Irion (2012), assegura que a gaze seca promove barreira bacteriana, quando se mantém seca. Já embebida em secreção permite a transmissão bacteriana através da umidade para o interior da ferida. A gaze também permite o ressecamento do leito da ferida, pela sua permeabilidade, permanecendo aderida ao exsudato proteináceo, tornando a retirada do curativo algo doloroso. Outro aspecto negativo do ressecamento da lesão é a diminuição da sua temperatura, lentificando o crescimento e defesa celular da ferida.

b) Curativos microambientais (oclusivos e semioclusivos)

Coberturas ideais devem otimizar o microambiente da ferida facilitando a cicatrização. Isso inclui nível apropriado de umidade e temperatura, disponibilidade de macromoléculas da cicatrização (glicosaminoglicanos, colágeno e proteoglicanos), níveis aceitáveis de flora não patogênica e proteção do ambiente contra patógenos (IRION, 2012).

O curativo oclusivo apropriado mantém a umidade necessária e absorve a umidade excessiva do leito da ferida (IRION, 2012). Os efeitos benéficos do meio úmido incluem: prevenção de desidratação do tecido e morte celular, angiogênese acelerada, desbridamento autolítico, pois eles retêm as enzimas e água que ajudam na fibrinólise, e redução da dor, atribuída a proteção que o meio úmido fornece as terminações nervosas do ressecamento e exposição. Essas coberturas mantêm as células viáveis e permitem que elas liberem fatores de crescimento estimulando sua proliferação (FRANCO; GONÇALVES, 2008). Em um estudo realizado por Winter (1962) com porcos domésticos, já se demonstrava que a re-epitelização de feridas em meio úmido é mais rápida do que as que permanecem em meio seco.

Os curativos oclusivos promovem o desbridamento autolítico. Embora sejam úteis em feridas crônicas, podem ser contraindicados em lesões por pressão infectadas, por promoverem o crescimento microbiano e podendo disseminar a infecção. Apenas os alginatos não estão contraindicados nas feridas infectadas (IRION, 2012).

Uma outra vantagem dos curativos oclusivos é que em lesões com pouco tecido necrótico e exsudação, podem permanecer aplicados por

vários dias, o que leva a diminuição do manuseio da lesão, reduzindo a reação inflamatória e exsudação (IRION, 2012).

Há uma grande variedade de opções para coberturas e tratamentos das LP no mercado. No entanto, optou-se por abordar aqui, apenas as opções disponíveis na instituição em que foi desenvolvido o estudo e que farão parte do guia de cuidados:

a) *Curativos de Película Semipermeável*

Película estéril semipermeável, composta por filme de poliuretano transparente e impermeável à líquidos e bactérias, com espessura de 0,2mm em média e que possui permeabilidade à gases como o O₂, CO₂ e vapor de água, sendo classificada como curativo semioclusivo. Permite a observação e avaliação constante da ferida ou a visualização da inserção de cateteres pela sua transparência. Adapta-se facilmente às áreas de proeminências e contornos do corpo por suas características elastomérica e distensível. Possui ainda adesivo acrílico hipoalergênico, que adere somente à pele íntegra e não à superfície do leito úmido da ferida. Deve-se ter o cuidado de aplica-lo cobrindo de 1 a 2cm além da margem da ferida (IRION, 2012; SANTOS, 2011; BLANES, 2004; BORGES, 2008).

As películas não conseguem absorver o excesso de líquido e são indicados para úlceras com exsudação mínima. São bem indicados para úlceras superficiais ou com espessura parcial e exsudação mínima. Podem ser utilizados como curativos secundários mantendo um material mais absorvente em contato com a lesão. Possem ser utilizados como agentes protetores do atrito em lesões em estágio 1. Deve ser bem indicado, pois pela boa aderência à pele uma retirada frequente poderá lesionar a pele do paciente. Um protetor cutâneo pode ser utilizado na pele adjacente melhorando a aderência, evitando que as bordas se enrolem (BLANES, 2004; IRION 2012).

Deve-se ter um cuidado especial quando se remove as películas. Uma técnica especial deve ser empregada na qual a pele deve ser estabilizada, logo após levanta-se um canto da película e traciona-se no sentido tangencial à ferida, fazendo que a película se estique e solte da pele (IRION, 2012).

b) *Espumas semipermeáveis*

São muito absorventes. Disponíveis em várias formas. São curativos estéreis, constituídos por espuma de poliuretano hidrofílica, revestida por filme de poliuretano semipermeável (CURATEC, 2010). São utilizados como cobertura primária ou secundária e podem ser

associados na composição, a produtos como surfactantes, detergentes e carvão (IRION, 2012).

Mantém a feridas com a umidade ideal, retendo o líquido na ferida e absorvendo a secreção excessiva. Promovem o isolamento térmico propiciando a temperatura ideal para o crescimento de fibroblastos e de células epiteliais e o acolchoamento da proeminência ósseas, gerando diminuição da pressão (IRION, 2012). Além disso, não aderem ao leito da lesão e não maceram a pele íntegra (BORGES, 2008).

As espumas podem permanecer aplicadas por até cinco dias no leito da lesão, dependendo a frequência da troca do curativo, da quantidade de exsudação drenado pela lesão. São indicadas para lesões com perda tecidual superficial, profunda parcial ou total e pode ser utilizada como enchimento nas lesões cavitárias (BORGES, 2008).

c) *Hidrogéis*

Estão disponíveis normalmente em placas/lâminas ou gel amorfo. É um gel transparente, formado por redes tridimensionais de polímeros e copolímeros hidrofílicos compostos de água (78 a 96%), uretanos, polivinilpirrolidona (PVP) e polietileno glicol (BORGES, 2008).

Sua maior indicação é o tratamento de feridas secas. Proporcionam oclusão, absorção e evaporação (na forma de lâminas). Pode-se utilizar as lâminas em lesões de espessura total ou parcial (IRION, 2012).

Segundo Irion (2012), o gel amorfo é bem utilizado para hidratação das lesões ressecadas, protegendo estruturas como nervos, ligamentos e vasos, trazendo alívio da dor e podendo ser utilizado em cavidades através da aplicação de uma fina camada, não sendo utilizado para preenchimento da ferida, necessitando de cobertura secundária.

A umidade desse ambiente promove a autólise, amolecendo e hidratando crostas e placas de tecidos desvitalizados, facilitando sua remoção. Já em feridas sem tecidos desvitalizados, propicia o meio ideal para a reparação tecidual. Não devem ser utilizados em feridas abundantes em exsudação. Os curativos com hidrogel devem ser trocados entre um a três dias (BLANES, 2004).

d) *Hidrocoloides*

Os hidrocoloides são estéreis, compostos por espuma externa ou filme de poliuretano (permeável ao vapor) associada ao material interno, normalmente a carboximetilcelulose, gelatina e pectina (BLANES, 2004).

São os mais oclusivos dos curativos microambientais, possuem coloração acastanhada, sendo produzidos em várias espessuras (IRION, 2012).

O hidrocoloide oclui a ferida e absorve secreção leve a moderada. Com a absorção da umidade ele torna-se um gel em contato com o leito da lesão, que estimula a síntese de colágeno, acelerando o crescimento celular e que evita a aderência no leito da lesão, aliviando a dor. Passa a aparentar coloração mais clara e assumindo consistência mais macia (BLANES, 2004; IRION 2012).

Irion (2012) ressalta que devido a sua alta aderência, o hidrocoloide deve ser bem indicado permanecendo aplicado e mantido por vários dias na lesão, tomando-se o cuidado de não utiliza-lo em lesões infectadas ou com fístulas ou túneis. Na aplicação requer margem de 2 a 3cm de pele íntegra sob ele. Além disso, os hidrocoloides também estão disponíveis para preenchimento de cavidades e tratamento de grande exsudação, quando em pastas, grânulos e placas, cortados em espirais, exigindo curativos secundários para mantê-los na ferida.

O hidrocoloide, sob avaliação diária, pode permanecer por até sete dias e devendo ser trocado quando houver extravasamento do gel ou descolamento das bordas. Após a saturação o gel formado pode aparentar purulência na exsudação da ferida, não devendo ser confundido com infecção (BLANES, 2004; BORGES, 2008).

Em revisão integrativa realizada em 2013 sobre as ações da placa de hidrocoloide e do alginato de cálcio no tratamento de lesão cutânea, com estudos publicados a partir de 2004 consideram a placa de hidrocoloide superior às coberturas secas no tratamento das lesões por pressão (PINHEIRO; BORGES; DONOSO, 2013).

e) *Hidrofibras*

Segundo Borges (2008) as hidrofibras são produtos derivados do hidrocoloide, compostos de fibras de carboximetilcelulose em forma de não tecido branco, que aplica-se como cobertura primária diretamente sobre o leito da lesão, sendo necessário cobertura secundária e fixação, podendo ser fracionada desde que se utilize meios estéreis para o fazê-lo. A frequência da troca depende da quantidade de exsudato produzido pela lesão, podendo permanecer por até cinco dias desde que não estejam saturadas. São indicadas para feridas infectadas ou não, exsudativas em média ou grande quantidade, profundas ou superficiais, com presença de necrose ou não e contraindicada para feridas pouco exsudativas.

f) *Alginatos*

São polissacarídeos derivados do ácido algínico, obtidos a partir de algas marinhas da espécie *Laminaria*. O sódio do exsudato e o cálcio do alginato sofrem troca iônica formando um gel, não aderente, solúvel, de alginato de sódio. Os íons livres de cálcio amplificam a cascata de coagulação tornando-o hemostático (BLANES, 2004).

Encontra-se em duas apresentações, em placa ou fita. É versátil na sua utilização pois permite o fracionamento para se moldar à ferida, porém possui um custo elevado. Deve ser trocado apenas quando estiver bem saturado. Alguns profissionais afogam as fibras e por vezes hidratam o alginato com solução fisiológica, mas estas ações não são necessárias para o seu bom desempenho (IRION, 2012).

Não deve se confundir o gel produzido pelo alginato, que possui um odor forte e tem aparência purulenta com infecção (BLANES, 2004).

Os alginatos possuem a capacidade de absorver até 20 vezes seu peso em água e por isso acabam ressecando lesões com pouca exsudação. Podem ser utilizados em lesões com exsudação intensa, sendo necessário para isso uma adequada cobertura secundária (desde películas em lesões menos exsudativas até espuma ou curativos absorventes em exsudação copiosa). Se observado durante o tratamento, que o leito da LP começa e apresentar-se mais ressecado, deve-se interromper o uso e escolher uma cobertura menos absorvente (IRION 2012).

g) *Papaína*

Gel ou pó de cor leitosa ou levemente amarelada, solúvel em água e glicerol, contendo esta enzima proteolítica, de origem vegetal extraída do mamão papaya – *Caricapapaya*. Sua molécula é constituída de 17 aminoácidos diferentes. É inativada com reagentes oxidantes como derivados do iodo, água oxigenada e nitrato de prata. Normalmente é armazenado em geladeira, visando uma melhor estabilidade (LEITE *et al*, 2012).

A papaína realiza desbridamento químico uma vez que provoca dissociação das moléculas de proteínas. Tem propriedade bactericida e bacteriostática, estimula a força tênsil da cicatriz e acelera a cicatrização (BRASIL, 2002).

Pelo baixo custo e fácil utilização a papaína é um recurso que faz parte do protocolo para o tratamento de feridas nos diversos âmbitos de cuidado em diferentes regiões geoeconômicas do Brasil (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Segundo Rogenski e Santos (2005), a papaína tem ação seletiva e não danifica os tecidos íntegros. Borges (2008) citando estudo de Parra

et al (1991) considera a papaína como não seletiva e lesiva ao tecido saudável. O exsudato da úlcera contendo esta substância, pode ser irritativa sobre a pele íntegra, sendo necessária trocas frequentes de curativos, para evitar lesões na pele adjacente à ferida (ROGENSKI; SANTOS, 2005).

Há indicação da utilização de soluções de papaína, em várias concentrações, durante todas as fases do processo de cicatrização de feridas, entretanto, é dependente das características de cada fase em que se encontra a lesão. Assim, em casos de feridas secas ou com tecido de granulação a indicação na literatura é de que as concentrações de papaína devem variar de 2% e 4%, pois sua aplicação no tecido de granulação torna o processo de cicatrização tecidual mais efetivo com a cessação do processo inflamatório, total substituição do tecido de granulação por tecido conjuntivo denso, diminuição e amadurecimento dos vasos neoformados; além de reconstituição total das camadas da epiderme. Na presença de exsudato purulento e/ou infecções, estas concentrações devem variar de 4% a 6%; e na presença de tecido necrótico abundante recomenda-se a utilização de papaína na concentração de 10%. (BRITO JUNIOR; FERREIRA, 2015).

Segundo estudo de revisão sistemática realizado acerca das evidências do uso da papaína no tratamento de feridas, observou-se que a papaína foi utilizada nas diversas fases do processo de cicatrização, sendo modificada a concentração do produto. Atualmente, preconiza-se para tecido de granulação, uma concentração de 2% de papaína; na presença de necrose de liquefação, 4 a 6% e na necrose de coagulação, 8 a 10%, após escarectomia. Não foram encontradas contraindicações, mas houve relatos de ardência e dor durante e após a realização do curativo (LEITE *et al*, 2012).

h) Carvão ativado

É uma cobertura composta de carvão ativado cuja superfície é impregnada com prata, envolvido por camada de não-tecido poroso feito de fibras de náilon, estéril, que exerce uma atividade bactericida. Não pode ser cortado pelo risco das partículas de carvão soltarem-se dentro da lesão (BRASIL, 2002; BORGES, 2008).

É altamente absorvente quando conta com camada de alginato associada, mas sem esta camada necessita de cobertura secundária absorvente (BORGES, 2008). A grande característica desta cobertura é o controle do odor nas lesões. Exerce limpeza através da remoção e retenção do exsudato e das bactérias pelo tecido de carvão ativado,

enquanto a prata exerce função bactericida, complementando a ação do carvão, o que estimula a granulação e aumenta a velocidade da cicatrização (BRASIL, 2002).

É considerado cobertura primária, pouco aderente, necessitando de cobertura secundária. Sob avaliação diária, pode permanecer na lesão de três a sete dias, desde que a lesão não esteja mais infectada. No caso de lesões infectadas a troca deve ser diária ou a cada 48 horas, dependendo da capacidade de absorção. As coberturas secundárias podem ser feitas com gaze e devem ser trocadas diariamente ou sempre que apresentarem umidade aparente (SANTOS, 2000; BRASIL, 2002).

É indicado em lesões exsudativas, infectadas com odores acentuados, em fístulas e gangrenas. Em caso de feridas ressecadas e com presença de placas de necrose seca (escaras) é contraindicado, pois o carvão pode aderir ao leito da úlcera trazendo dor e sangramento na remoção do curativo (SANTOS, 2000; BRASIL, 2002).

i) Hidratantes cutâneos

Ácidos Graxos Essenciais (AGE) ou Trigliceril de Cadeia Média (TCM)

É obtido através de óleos vegetais polissaturados, composto de ácidos graxos essenciais que não são produzidos pelo organismo, como: ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E, e a lecitina de soja. Exercem função de barreira hídrica e manutenção da integridade (BRASIL, 2002).

Segundo o manual de cuidados com feridas neurotróficas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o AGE quando aplicado na pele íntegra, forma barreira protetora pelo alto grau de hidratação e nutrição celular. Na lesão, realiza quimiotaxia e angiogênese, mantendo a umidade e favorecendo o crescimento celular e granulação tecidual. Pode ser utilizado em feridas infectadas ou não. Deve ser aplicado diretamente sobre o leito da lesão ou embebido em gaze, mantendo-o em quantidade suficiente para manter a hidratação até a próxima troca. Utiliza-se cobertura secundária e uma fixação. Deve ser trocado quando o curativo estiver saturado ou a cada 24 horas (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Cremes e pomadas antibióticos

Sulfadiazina de Prata

Irion (2012), cita a prata em forma de creme como um antimicrobiano de largo espectro. O íon prata causa precipitação de proteínas, agindo na membrana citoplasmática da célula bacteriana, e também tem ação bacteriostática residual, pela liberação deste íon (BRASIL, 2002).

Existe controvérsia em relação a sua atuação sobre o tempo de cicatrização. A sulfadiazina de prata é prejudicial aos fibroblastos e as células epiteliais, podendo causar retardo na cicatrização, já pelo fato de evitar a inflamação crônica causada por altos níveis de colonização por bactérias ou fungos na lesão, possibilita uma cicatrização mais rápida (IRION, 2012; BRASIL, 2002).

A Sulfadiazina deve ser aplicada diretamente sobre o leito de ferida já limpa e protegida por cobertura secundária, de preferência estéril. Deve permanecer até a cobertura secundária estar saturada ou a até por 24h. Está contraindicada para pacientes gestantes, lactentes menores de 2 anos ou prematuros, por risco de lesão cerebral causada pela bilirrubina (Kernicterus). Interrompe-se seu uso assim que o risco de infecção cessar, normalmente após o desbridamento completo (IRION, 2012).

j) *Outros curativos de prata*

Existem muitas coberturas que possuem a tecnologia de sais de prata vaporizados na forma de nanocristais em sua superfície. São alginatos/hidrofibras, espumas e coberturas de contato não aderente, normalmente, com uma face acinzentada onde pode-se observar a presença deste elemento.

Alguns cuidados são ressaltados por Irion (2012), no momento da aplicação destas tecnologias: os curativos de prata com face de contato devem ser hidratados com água e não com soro fisiológico. Não devem ser utilizados com desbridantes enzimáticos, pois são inativados pela prata. Os alginatos e hidrofibras devem ser trocados diariamente em feridas infectadas e em caso contrário, somente quando necessário.

É necessário apontar que, a mudança da cobertura será de acordo com a evolução da cicatrização. Entre as coberturas escolhidas pela EPUAP e NPUAP (2009) estão, o hidrocoloide, a película adesiva transparente, o hidrogel, o alginato, a prata, os de espuma, gaze, matriz de colágeno e o silicone.

3.3 GUIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

A LP ainda tem na sua prevenção a melhor estratégia de evitar o problema, para isso faz-se necessário o envolvimento de toda a equipe. É importante que todos adotem os mesmos critérios. Nesse sentido, o guia é uma ferramenta de padronização de condutas que direciona os cuidados para todos os profissionais e como consequência favorece a diminuição da incidência e melhor desfecho dos casos. Estudo realizado em um

hospital escola de SP verificou que a incidência de LP diminuiu significativamente após a implantação de um protocolo de avaliação de risco e prevenção de LP, em todos os pacientes, demonstrando o valor desta prática (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Um guia de cuidados é baseado em melhores práticas. O termo melhores práticas, derivado de inglês “*Best practices*” é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), uma técnica ou metodologia comprovadamente confiável para produzir um resultado esperado, que foi derivada de experiência ou investigação e que funcione sobre situações específicas, podendo ser aplicada na busca de soluções para problemas de saúde semelhantes em outras situações, utilizando-se recursos adequados.

Uma das propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a segurança do paciente foi o lançamento dos protocolos básicos e entre eles o de prevenção de lesões por pressão. Para a OMS, evento adverso é um incidente que resulta em dano não intencional decorrente da assistência, e não relacionado à evolução natural da doença de base do paciente.

Os protocolos desenvolvidos visam orientar profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde e o protocolo de prevenção de lesão por pressão, visa prevenir a ocorrência dessa e de outras lesões da pele, visto que é uma das consequências mais comuns da longa permanência em hospitais.

Mesmo com inúmeros cuidados prestados ao paciente a LP pode se instalar e para o tratamento das lesões há uma infinidade de produtos industrializados. Os enfermeiros necessitam de educação permanente acerca destes produtos que, quando bem indicados, trazem benefícios ao tratamento. As possibilidades terapêuticas são inúmeras para um mesmo tipo de lesão e os avanços neste cenário tecnológico são intensos. Assim a busca constante pelo conhecimento deve permear o cotidiano do enfermeiro, entendendo que a prática baseada em evidências favorece a adoção de melhores práticas no cuidado.

O *Health Promotion's Best Practice Work Group* (Grupo de trabalho de Promoção das Melhores Práticas), sediado na Universidade de Toronto, conceituou boas práticas em saúde como ações e processos aplicados na busca pela promoção da saúde, inserindo-se o ambiente e contexto, de forma que se tenha a maior probabilidade de alcançar o resultado esperado numa situação específica (KAHAN; GOODSTADT, 2011).

O termo melhor prática não se refere somente às experiências que se tenha encontrado êxito. O compartilhamento de experiências que não

alcançaram metas também são importantes na medida que evitam a perda de tempo no cuidado à saúde, evitando-se erros já vividos em problemas semelhantes e situações diferentes. A principal fundamentação para o registro e compartilhamento das experiências de boas práticas poderia ser citado, como o aprender melhorando o desempenho e a prática e evitando os erros dos outros. Isto possibilita a aquisição de conhecimento sobre as lições aprendidas e continuar a aprender melhorando as estratégias e o cuidado, através de *feedback* (retroinformação), reflexão e análise, de modo a implementar intervenções em larga-escala, sustentáveis e mais eficazes. A utilização das melhores práticas possibilita o uso do conhecimento disponibilizado, aumentando a probabilidade de se chegar a um resultado esperado (OMS, 2008).

Segundo Erdmann *et al* (2013) a associação de referenciais sobre as melhores práticas à determinado nível de atenção a saúde traz a potencialização de respostas positivas às necessidades dos pacientes e usuários. O enfermeiro tem o papel de gestor do cuidado prestado à LP, dentro da equipe multidisciplinar. Cabe ao enfermeiro a avaliação do risco para o desenvolvimento de tais lesões, bem como a prescrição de medidas que visam diminuir ou controlar o risco. Depois da lesão já instalada cabe privativamente ao enfermeiro a prescrição de enfermagem sobre os cuidados com a integridade cutânea, realizando a avaliação, registro e tratamento da lesão por pressão.

Segundo Kempfer *et al* (2010), um sistema organizado e centralizado nas melhores práticas permite ao enfermeiro o avanço no processo de cuidado, gerando soluções novas para os problemas através de um olhar mais amplo, constituindo um modelo de gestão da atenção e cuidado na enfermagem voltado para as reais necessidades das pessoas e sua qualidade de vida, em diversas dimensões.

Na construção de um guia de cuidados é necessário se identificar um problema, observar se ele é pertinente, se é uma situação frequente, se há necessidade de modificá-lo na prática, se interfere na saúde dos pacientes e ainda considerar aspectos sociais, jurídicos, organizacionais e econômicos entre outros (MATEUS, 2007).

Segundo Santos (2014) o Guia de Boas Práticas é um instrumento que conduz a equipe de enfermagem na busca e realização de uma assistência segura e qualificada ao paciente. Deve ser construído coletivamente, baseando-se em literatura atualizada e na experiência profissional de cada participante, através de discussão, reflexão e consenso do grupo, possibilitando que todos se sintam responsáveis e comprometidos com o cuidado.

Segundo a OMS (2008), para uma prática ser eleita como melhor prática deve-se considerar os seguintes aspectos: eficácia, eficiência, relevância, solidez ética, sustentabilidade, possibilidade de duplicação, envolvimento de parcerias, envolvimento comunitário, compromisso político. Não necessariamente devem contemplar todos os quesitos, mas que sejam ao mínimo, eficazes, eficientes e relevantes, demonstrando que qualquer prática que possua resultados em seu todo ou em partes, pode produzir conhecimento útil.

Um dos objetivos deste estudo foi a eleição de cuidados no tratamento das lesões por pressão e a construção de um guia para unificar as condutas para prevenção e tratamento das lesões por pressão. O guia foi construído coletivamente, junto aos enfermeiros da UTI do hospital escola onde se realizou a pesquisa, após a identificação do problema relacionado a continuidade no cuidado a partir das experiências da equipe e pela busca de evidências científicas apropriadas para a solução do problema identificado. Acredita-se que este instrumento trará mais segurança e melhorias nas condutas profissionais, recuperação mais rápida do paciente e economia para a instituição.

Uma forma de conduzir/adotar uma assistência baseada em boas práticas é o próprio registro das informações para a garantia da continuidade da assistência de forma segura, sistematizada, com respaldo científico. Na unidade em questão, a assistência de enfermagem é sistematizada, mas problemas são encontrados na execução da prescrição de enfermagem. Seja por falta de supervisão, desvalorização pelos profissionais de nível médio ou ainda por inúmeros outros fatores, a prescrição de enfermagem tem falhas em direcionar o cuidado na unidade em que o estudo foi realizado.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, tendo como desenho a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) de Trentini e Paim (2014). Com o objetivo de elaborar um guia de prevenção e cuidados de enfermagem com LP conjuntamente com os enfermeiros de uma UTI, esse estudo buscou incentivar a ação e reflexão dos profissionais sobre as práticas vigentes, bem como a maior instrumentalização acerca do tema. Isto implicou em voltar à atenção do enfermeiro ao modo como este pensa sua prática, inserida no contexto da segurança do paciente.

4.2 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)

Segundo Trentini e Paim (2004), o contexto deste tipo de pesquisa está na inovação e na possibilidade de soluções para diminuir ou resolver problemas do cotidiano em saúde, repensando e modificando as práticas assistenciais. A PCA consiste na articulação da pesquisa com a prática assistencial, realizando ações de cuidado que vão sendo envolvidas no processo da pesquisa e vice-versa. Para tanto é necessário a inserção da pesquisa nas práticas diárias do profissional, aliando um saber-pensar ao saber-fazer.

A PCA pode conduzir tanto estudos quantitativos quanto qualitativos. No entanto, os estudos qualitativos se ajustam melhor as investigações de prática assistencial, como este estudo. Igualmente, a PCA propicia as trocas de informações durante o fazer e o pesquisar o cuidado. Informações obtidas pela pesquisa influenciam as modificações na prática assistencial e, a prática, por sua vez, instiga problemas de pesquisa buscando a construção de um novo conhecimento e a melhoria direta do contexto estudado. Desta forma, demanda que todos os participantes da pesquisa sejam extremamente ativos e envolvidos durante todo o processo (TRENTINI; PAIM, 2004). A PCA convida o pensador a se colocar em um lugar comum, onde ele pode compreender a realidade que o incomoda. Portanto, é necessário para isto o processo de ação-reflexão-ação (TRENTINI; PAIM, 2004).

De acordo com as idealizadoras Trentini e Paim (2004), a PCA apresenta cinco fases, que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e interpretação cuja descrição e inter-relação com a proposta deste estudo é apresentada a seguir.

- a) Fase de concepção: Compreendeu a fase inicial da pesquisa. Introdução e justificativa do tema, a questão de pesquisa, o propósito, a revisão de literatura descritos neste estudo;
- b) Fase de instrumentação: Tratou sobre as decisões metodológicas, como o espaço físico onde foi realizada a pesquisa, participantes, métodos e técnicas para a obtenção e análise dos dados. Na prática, os métodos de entrevista, discussão em grupo e observação participante são os mais utilizados. Para este estudo foi utilizado questionário e reuniões de grupo, que serão descritas posteriormente no tópico Coleta de dados;
- c) Fase de perscrutação: Nesta fase evidenciou-se quais estratégias foram utilizadas para a obtenção dos dados, ou seja, como os instrumentos para a coleta dos dados são utilizados, descrevendo suas particularidades, que estão detalhadas no tópico coleta de dados;
- d) Fase de análise e interpretação: A interpretação ocorreu concomitantemente com a fase de análise e compreendeu a síntese, teorização e transferência. Estes métodos estão descritos no tópico análise e discussão dos dados.

4.3 O LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na UTI Adulto, de um hospital, público e de ensino, localizado na região sul do Brasil, sendo referência para sua área de abrangência. Possui caráter inteiramente público, atendendo o estado de Santa Catarina, a comunidade local, turistas e visitantes sem distinção, de acordo com os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (HU, 2013).

O Hospital desenvolve ações voltadas ao ensino, à pesquisa e à extensão, pilares da missão da Universidade a qual está ligado, concentrando todos os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento (HU, 2013).

Esta instituição de saúde foi fundada em 1980 e possui atualmente 209 leitos nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva Adulto, Tratamento Dialítico, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, Centro Cirúrgico, Serviço de Ambulatório geral e especializado, Hemodinâmica, Oncohematologia. Possui ainda, serviço de Emergência Adulto, Infantil e Gineco-obstetricia, Centro

Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização.

O hospital em que foi desenvolvido o estudo conta com um Grupo Interdisciplinar de Cuidados com Pessoas com Feridas (GICPF-HU). Os profissionais reúnem-se mensalmente. Este grupo promove conhecimento acerca do tema, atualizações dos profissionais e possui caráter consultivo, assumindo junto a equipe do setor solicitante, o cuidado com as feridas.

O Serviço de Terapia Intensiva Adulto fica localizado no quarto andar do hospital. Atende pacientes oriundos da própria instituição e demais unidades do estado de Santa Catarina. Tem capacidade para 20 leitos, mas atualmente possui quatorze leitos ativos. Este serviço conta, para o atendimento, com uma equipe de 1 assistente social, 17 enfermeiros, 58 profissionais de enfermagem do nível médio, 25 médicos intensivistas, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 4 fisioterapeutas, 2 bolsistas, 1 assistente administrativo, copeiras e auxiliares de limpeza. Atuam ainda neste setor em esquema de rodízio, acadêmicos e residentes de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição e odontologia.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A PCA propõe que os participantes de pesquisa estejam envolvidos no problema e que, entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema estudo (TRENTINI; PAIM, 2014).

Considerando que a proposição de ações preventivas, avaliação das lesões por LP, bem como a escolha e prescrição da cobertura para os curativos é prerrogativa privativa do enfermeiro, estes profissionais foram eleitos como os participantes da pesquisa (COFEN, 1986).

Nesse sentido foram incluídos na pesquisa enfermeiros da UTI do hospital escola em questão, que encontravam-se em plena atividade laboral. Foram desconsiderados os trabalhadores afastados por licença de saúde, maternidade ou férias.

No momento da primeira fase da pesquisa, a aplicação do questionário, o quadro funcional da UTI contava com 18 enfermeiros, destes, uma era a pesquisadora e um enfermeiro não aceitou participar da pesquisa. No momento da segunda fase da coleta de dados, os encontros em grupo, dos 18 enfermeiros, 5 não estavam mais lotados na UTI ou estavam afastados por licença médica. Contava-se com 13 enfermeiros em plena atividade laboral. Destes, uma enfermeira era a pesquisadora e outros três enfermeiros não puderam participar de nenhum dos três encontros.

Com as premissas definidas, foi realizado contato prévio pessoalmente e por telefone, com cada enfermeiro, convidando-o a participar do estudo, após explanação dos objetivos e metodologia do mesmo. Os profissionais foram lembrados através de correio eletrônico (*e-mail*).

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Na PCA, a coleta de informações caracteriza-se como a fase de perscrutação, momento em que são obtidas as informações que neste estudo foram captadas em duas etapas, aplicação de questionário individual (APÊNDICE 1) e as discussões em grupos ou encontros dialógicos.

Na primeira etapa, a aplicação de questionário individual teve o objetivo de investigar o conhecimento e as práticas dos enfermeiros sobre prevenção, avaliação e tratamento relacionados à LP em pacientes internados na UTI. Com base nas informações colhidas foram construídas categorias para discussão nos encontros presenciais.

A coleta de dados ocorreu antes da reclassificação da úlcera por pressão em lesão por pressão realizada pela NPUAP em abril de 2016, por isso a nomenclatura utilizada nos instrumentos de coleta, ainda se manteve como o termo úlcera por pressão.

O questionário foi constituído de duas partes. Na primeira identificou-se o perfil do enfermeiro com questões acerca da sua vida e experiência profissional, já na segunda parte buscou-se identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros da UTI acerca da prevenção, avaliação das LP e escolha das coberturas disponíveis, objetivando identificar fragilidades e fortalezas relacionadas a este processo, à serem trabalhadas nos encontros em grupo.

O questionário teve questões de múltipla escolha sobre fatores causais da LP. Foram elencados os fatores intrínsecos e extrínsecos relacionado ao surgimento de LP citados em literatura atual, em que os enfermeiros escolheram opções que acreditavam estar ligadas ao desenvolvimento das LPs. Com relação a avaliação da lesão instalada foram expostos aspectos de análise que foram: o tamanho, a coloração do leito da ferida, as características da secreção/exsudação da LP, os bordos da lesão e o seu odor. Além destes houve possibilidade de os enfermeiros acrescentarem outros fatores não expostos. Os enfermeiros classificaram os fatores por ordem de importância. Sobre a avaliação das lesões o questionário possuía a descrição da lesão, segundo a NPUAP, e os

enfermeiros deveriam relacionar, através de questão de múltipla escolha, o grau de estadiamento que a lesão se encontrava. O questionário ainda trouxe o questões acerca da segurança sobre a prescrição de coberturas e através de uma pergunta dissertativa levantou as possíveis causas relacionadas. Foram expostas fotos de lesões e solicitado aos enfermeiros que classificassem a lesão e que escolhessem dentre as opções disponíveis na instituição a cobertura mais adequada ao tratamento. Questões fechadas e abertas também foram utilizadas em perguntas sobre a continuidade do processo de cuidado de LP em UTI.

A aplicação de questionário foi feita por meio de ferramenta eletrônica (*GOOGLE DOCS*), enviado por correio eletrônico (*e-mail*) a todos os 16 enfermeiros da Unidade, após leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2). Todos os enfermeiros participantes desta primeira etapa encaminharam os questionários respondidos, que foram enviados automaticamente para planilha eletrônica da pesquisadora.

No segundo momento da fase de perscrutação foram realizados três encontros com discussão em grupo, que contaram com a presença de 9 enfermeiros que desejaram participar de um ou mais, dos encontros. Destes 3 enfermeiros participaram de apenas 1 encontro, 3 enfermeiros participaram de dois encontros e 3 enfermeiros participaram de todos os três encontros. Os grupos tiveram um caráter crítico reflexivo no qual os participantes do estudo puderam mergulhar mais profundamente nas discussões, visando a construção coletiva de um guia de cuidados de enfermagem com LP, conforme proposta deste estudo (FREIRE, 2006). Os grupos foram realizados fora do ambiente e horário de trabalho, no período noturno, com duração de aproximadamente 3 horas cada um e foram registrados por meio de gravação, fotos e anotações da pesquisadora sobre as atividades desempenhadas.

No primeiro encontro em grupo foram apresentados os dados obtidos à partir da aplicação do questionário acerca do conhecimento e práticas dos enfermeiros sobre prevenção, avaliação e tratamento relacionados à LP na referida UTI. Foram compartilhados os achados da aplicação do questionário e a partir desta explanação, discutidas as fragilidades encontradas em relação ao conhecimento dos profissionais. Desde o primeiro encontro e durante os subsequentes os enfermeiros foram instrumentalizados através de literatura atual sobre o assunto e à partir daí eram elencados os cuidados necessários para se compor um guia.

Durante os dois primeiros encontros foram enfatizados os temas: prevenção, avaliação. No terceiro enfatizou-se o tratamento. Durante

todos os encontros, após a instrumentalização realizada com base em literatura atual, tinha-se como objetivo identificar com os enfermeiros, quais os cuidados necessários para a prevenção, avaliação e tratamento de lesões por pressão, construindo coletivamente o guia de cuidados de enfermagem relativos à LP, utilizando-se os recursos disponíveis atualmente na instituição.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme preconizado por Trentini e Paim (2014) a análise iniciou no momento da coleta das informações, momento em que o pesquisador vai familiarizando-se e organizando as informações obtidas e a interpretação dos dados coletados teve seu início a partir do término do primeiro momento da coleta de dados, e ocorreu de maneira simultânea e gradativa com o caminhar da pesquisa.

Os dados foram analisados e interpretados utilizando-se o referencial teórico da PCA que compreende o processo de síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2014).

O processo de síntese se deu através da análise e transcrição dos dados dos questionários e falas obtidos nos encontros em grupos, realizando-se leitura e realizando análise subjetiva das informações.

O processo de teorização ocorreu após a identificação das reais necessidades de atualização de conhecimento dos enfermeiros, como categorias de cuidado, analisado a luz das evidências científicas da literatura e discutidas com os profissionais.

Já o processo de transferência se deu através da apresentação do guia estruturado aos enfermeiros da UTI, e após a realização das correções e adaptações necessárias, a sua aplicação e utilização no ambiente de trabalho. Além disso, houve socialização dos resultados deste estudo em banca de defesa da dissertação e posterior encaminhamentos para possíveis publicações de manuscritos.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a mesma foi norteada pela Resolução 466/12 (BRASIL, 2013b), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A fim de formalizar a proposta de estudo, foi solicitada a autorização da Instituição e encaminhamento do projeto a plataforma Brasil. Os participantes da pesquisa foram

procurados individualmente para apresentação da proposta, objetivos do estudo, método, vantagens e desvantagens de sua participação, bem como os riscos e benefícios. O anonimato e o direito de desistir da participação desta pesquisa em qualquer uma de suas etapas foram assegurados. Neste sentido, foi realizado, junto a cada participante, a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), e aprovado na Direção da Instituição de Saúde possuindo como protocolo de aprovação o seguinte número: CAAE 48689015.4.0000.0121.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa seguindo as determinações do Mestrado profissional (Instrução Normativa 01/MPENF/2014) serão apresentados em um manuscrito, que será submetido a um periódico científico, intitulado **“O CONHECIMENTO E AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS SOBRE PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO RELACIONADOS COM LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI”** bem como um produto, denominado **“GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM LESÃO POR PRESSÃO EM TERAPIA INTENSIVA”**.

5.1 MANUSCRITO 1 – O CONHECIMENTO E AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS SOBRE PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO RELACIONADOS COM LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI

O CONHECIMENTO E AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS SOBRE PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO RELACIONADOS COM LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI

Giselle Borba da Rosa¹

Isabel Cristina Alves Maliska²

Nádia Chiodelli Salum³

RESUMO

Trata-se de estudo qualitativo, com desenho metodológico na Pesquisa Convergente Assistencial. Teve como objetivo identificar o conhecimento e práticas dos enfermeiros sobre prevenção, avaliação e tratamento relacionados à lesão por pressão em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. Participaram do estudo 16 enfermeiros de um hospital escola do sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2015, através de questionário estruturado. A análise temática dos achados originou três categorias: Cuidados na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. Na prevenção abordou-se os fatores intrínsecos e extrínsecos; na avaliação identificou aspectos de classificação da lesão; e com relação ao tratamento investigou o conhecimento acerca da indicação de coberturas existentes na instituição. Os resultados evidenciaram que o conhecimento sobre a prevenção é adequado, mas há insegurança entre os enfermeiros na indicação das

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC - Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado. Enfermeira do Serviço de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário/UFSC e Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC. Endereço para correspondência: Av. Leoberto Leal, 308. Bairro Barreiros/ São José/ SC CEP 88117-000. Telefone: (48) 3246-1163 E-mail: gisellerosa@gmail.com.

² Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira da Comissão Permanente de Materiais e Assistência do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: isabel.alves07@yahoo.com.br.

³ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem/UFSC – Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado. Enfermeira Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem do Hospital Universitário/UFSC.

coberturas e falta de continuidade no processo de tratamento da lesão. Conclui-se que há necessidade de padronização de cuidados relacionados a lesão por pressão e investimento na educação permanente para uma assistência mais efetiva.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Lesão por pressão. Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

It is a qualitative study, with methodological design in Care Convergent Research. We aimed to identify the knowledge and practices of nurses on prevention, evaluation and treatment related to pressure injury in patients admitted to the intensive care unit. Study participants were 16 nurses at a university hospital in southern Brazil. Data collection was carried out between September and October 2015, using a structured questionnaire. Thematic analysis of the findings yielded three categories: care in the prevention, assessment and treatment of pressure injuries. Prevention addressed to the intrinsic and extrinsic factors; the assessment identified aspects of classification of the lesion; and regarding the treatment investigated the knowledge of indication exist covers the institution. The results showed that knowledge about prevention is adequate, but there is uncertainty among nurses in the indication of coverage and lack of continuity in the lesion treatment process. It is concluded that there is need for standardization of care related to pressure sores and investment in continuing education for more effective assistance.

Keywords: Nursing Care. Injury pressure. Intensive Care Unit.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, con un diseño metodológico de Investigación Convergente Asistencial. El objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de los enfermeros sobre la prevención, evaluación y tratamiento relacionado con las lesión por presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Los participantes del estudio fueron 16 enfermeras de un hospital universitario en el sur de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo entre septiembre y octubre de 2015, mediante un cuestionario estructurado. El análisis temático de los resultados se obtuvieron tres categorías: la atención en la prevención, evaluación y tratamiento de las lesiones por

presión. La prevención dirigida a los factores intrínsecos y extrínsecos; la evaluación identificó aspectos de la clasificación de la lesión; y en relación con el tratamiento investigó el conocimiento de indicación existe cubre la institución. Los resultados mostraron que el conocimiento acerca de la prevención es la adecuada, pero hay incertidumbre entre las enfermeras en la indicación de la cobertura y la falta de continuidad en el proceso de tratamiento de la lesión. Se concluye que existe la necesidad de estandarización de los cuidados relacionados con las úlceras por presión y la inversión en la educación continua para una asistencia más eficaz.

Palabras clave: Cuidados de enfermería. Lesión por Presión. Unidad de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A pele é um dos órgãos mais ativos do corpo humano, representa 15% do peso de um indivíduo adulto, revestindo cerca de 2m², com aproximadamente 2mm de espessura. Possibilita a proteção e permite sua adaptação a diferentes funções como termorregulação, percepção e secreção (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007; IRION, 2012; OLIVEIRA 2012).

Em pacientes hospitalizados, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pode-se observar alterações de pele, sejam elas de etiologia cirúrgica, de processos infecciosos, trauma ou por lesões por pressão (LP). Dentre estas, as LP são comumente encontradas em pacientes críticos, seja pela situação grave de saúde, instabilidade do paciente, uso de medicações e dispositivos invasivos, sendo necessário implementar ações que intensifiquem ainda mais os cuidados para a prevenção e tratamento destas.

A combinação de fatores de risco, dentre eles: estado de saúde prejudicado; condição nutricional alterada; desequilíbrio hídroeletrolítico; déficit de mobilidade e/ou sensibilidade, fricção e cisalhamento, edema, umidade, idade, doenças sistêmicas, medicação, comprometimento neurológico e distúrbios metabólicos aumenta a incidência da LP (BRASIL, 2013).

A LP é descrita pela NPUAP (2016) como dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento,

causado pela fricção. Outros fatores intrínsecos e extrínsecos estão associados à LP, mas todas as suas causas ainda não foram completamente esclarecidas (IHI, 2011).

As LPs são consideradas um problema de saúde pública, isso porque elas representam relevantes causas de morbimortalidade, resultando em prejuízo para a qualidade de vida do paciente e seus familiares, além de onerar os cofres públicos (COSTA, 2010; BRASIL, 2013).

As lesões por pressão possuem prevalência de 15% e a incidência é de 7% em pacientes internados hospitalares dos EUA segundo dados da NPUAP (2009).

No Brasil, observou-se uma elevada prevalência de LP através de estudo realizado em um hospital de ensino de Brasília - DF, que constatou uma prevalência de LP em 57,89% dos pacientes internados no centro de terapia intensiva Adulto (MATOS, DUARTE, MINETTO; 2010). Essas porcentagens são consideradas elevadas quando há como referência o tratamento de pacientes internados, sobretudo sob vigilância contínua e em cuidados intensivos (COSTA, 2010; BRASIL, 2013).

Atualmente a simples presença e incidência de LP pode orientar medidas de prevenção da lesão, subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação das ações de enfermagem, além de orientar ações educativas à equipe de enfermagem. Estes índices têm sido apontados como indicadores de qualidade da assistência prestada e tem se constituído em um indicador de qualidade assistencial em enfermagem, o que possibilita a análise dos casos quanto à sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e o local em que são mais frequentes (MATOS, DUARTE, MINETTO; 2010).

A seleção e prescrição de cuidados de prevenção e tratamento de uma LP é um aspecto da autonomia, ou liberdade de ação profissional do enfermeiro. Neste tocante, não se pode esquecer que autonomia é liberdade de agir dentro de limites da competência, os quais, por sua vez, são balizados pelo conhecimento. Assim, os enfermeiros devem buscar tal autonomia, através do conhecimento e competência suficiente para a atividade em questão (DEALEY, 2008).

A segurança do paciente no tocante ao cuidado com as lesões por pressão, deve chamar a atenção da equipe de enfermagem, pois estes agravos causam danos irreversíveis aos pacientes e podem, na maioria das vezes, serem evitáveis dependendo de ações promovidas pelos profissionais da saúde (WECHI, 2013).

Entretanto, para que propostas de cuidado para prevenção e tratamento das LP sejam desenvolvidas, implementadas e continuadas,

deve haver participação e envolvimento do profissional enfermeiro e toda a equipe multiprofissional, bem como um conhecimento aprofundado quanto a avaliação e tratamento de cada tipo de LP.

Em nossa prática diária observa-se que existem preocupações e inquietações constantes da equipe de enfermeiros da UTI acerca da continuidade nos cuidados, principalmente no que se refere à prevenção e ao tratamento das lesões por LP. Os profissionais se mostram inseguros, pois não há instituído uma padronização das ações de cuidado, uma vez que cada enfermeiro prescreve e usa a cobertura que mais lhe parece apropriada, e com isso, muitas vezes há mudança na conduta prescrita pelo colega no dia anterior sem devida justificativa. Este fato motivou uma reflexão sobre o assunto e o desenvolvimento desta pesquisa, com a finalidade de responder ao seguinte questionamento: Como os enfermeiros da UTI previnem, avaliam e tratam as LP em pacientes internados?

Neste sentido, considera-se importante identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros em relação a esta área de conhecimento a fim de direcionar um cuidado voltado para a prevenção e tratamento de lesões de LP mais efetivo e resolutivo.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou como desenho a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA busca descobrir maneiras para resolver ou minimizar problemas, realizar modificações e inserir inovações na prática, articulando a pesquisa com a prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2014). Este tipo de investigação considera a necessidade de relacionar teoria e prática na construção do conhecimento em enfermagem, voltando a atenção do enfermeiro a sua práxis, inserida no contexto da segurança do paciente.

O estudo foi desenvolvido na UTI de um hospital escola do sul do Brasil, instituição pública, de médio porte, ligada ao Ministério da Educação, que atualmente conta com quatorze leitos ativos. Os sujeitos do estudo foram os profissionais enfermeiros UTI adulto, atuantes no hospital em questão, que estivessem em plena atividade laboral. Foram excluídos do estudo, trabalhadores afastados por licença de saúde, maternidade ou férias. Realizou-se contato prévio através de telefone e pessoalmente, com cada enfermeiro, convidando-os a participar do estudo, após explicação do mesmo.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionário com os 16 enfermeiros lotados na UTI no período de setembro e outubro de 2015. Foram aplicados questionários com perguntas objetivas e subjetivas, a fim de identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e tratamento das LP em pacientes internados na UTI. As questões versaram sobre o perfil dos participantes e tempo de atuação na UTI, além de perguntas relacionadas a fatores causais, cuidados de prevenção, avaliação e tratamento de LP em pacientes sob seus cuidados neste setor.

O questionário teve questões de múltipla escolha sobre fatores causais da LP. Foram elencados os fatores intrínsecos e extrínsecos relacionado ao surgimento de LP citados em literatura atual, em que os enfermeiros escolheram opções que acreditavam estar ligadas ao desenvolvimento das LP. Com relação a avaliação da lesão instalada foram expostos aspectos de análise que foram: o tamanho, a coloração do leito da ferida, as características da secreção/exsudação da LP, os bordos da lesão e o seu odor. Além destes houve a possibilidade de os enfermeiros acrescentarem outros fatores não expostos. Os enfermeiros classificaram os fatores por ordem de importância. Sobre a avaliação das lesões o questionário possuía a descrição da lesão, segundo a NPUAP, e os enfermeiros deveriam relacionar, através de questão de múltipla escolha, o grau de estadiamento que a lesão se encontrava. O questionário ainda trouxe o questionamento acerca da segurança sobre a prescrição de coberturas e através de uma pergunta dissertativa questionou-se as possíveis causas relacionadas. Foram expostas fotos de lesões e solicitado aos enfermeiros que classificassem a lesão e que escolhessem dentre as opções disponíveis na instituição a cobertura mais adequada ao tratamento. Questões fechadas e abertas também foram utilizadas em perguntas sobre a continuidade do processo de cuidado de LP em UTI.

A aplicação de questionário foi por meio de uma ferramenta eletrônica (*GOOGLE DOCS*), enviado por correio eletrônico (e-mail) aos enfermeiros, após leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários respondidos foram enviados automaticamente para planilha eletrônica da pesquisadora.

A análise temática dos dados objetivos e subjetivos obtidos no questionário envolveu o processo de síntese, no final realizou-se leitura exaustiva e análise subjetiva das informações, que foram organizadas em forma de códigos por similaridade, dando origem a categorias. Por fim ocorreu a teorização, interpretando-se as categorias sob a luz do referencial teórico e constituindo-se as considerações finais do estudo (TRENTINI; PAIM, 2014).

O estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013b), tendo sido aprovado pela instituição e pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número CAAE 48689015.4.0000.0121.

RESULTADOS

Na Unidade onde foi desenvolvido o estudo, o quadro funcional contava com 18 enfermeiros, destes, 1 era a pesquisadora e 1 enfermeiro não aceitou participar da pesquisa. Dos 16 enfermeiros que participaram da pesquisa, a Tabela 1 abaixo relaciona percentuais de perfil sociodemográfico e profissional.

Tabela 1 – Perfil dos participantes da pesquisa

Sexo	
Feminino	81%
Masculino	19%
Idade	
26 a 35 anos	56%
36 a 45 anos	38%
45 a 55 anos	6%
Tempo de atuação na enfermagem	
2 a 5 anos	1%
6 a 10 anos	6%
11 a 15 anos	19%
16 a 20 anos	25%
Mais de 20anos	13%
Tempo de atuação em UTI	
Menos de 2 anos	13%
2 a 5 anos	31%
6 a 10 anos	31%
11 a 15 anos	19%
16 a 20 anos	6%

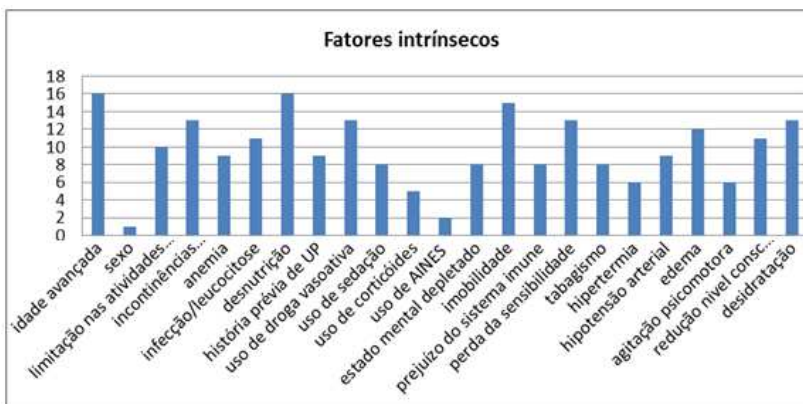
Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Os enfermeiros foram questionados sobre suas condutas e conhecimento acerca das três categorias anteriormente determinadas: Prevenção, Avaliação e Cuidados com LP.

Quando questionados sobre seu conhecimento acerca da prevenção e tratamento das LPs, em uma escala que variava entre muito satisfatório, satisfatório, pouco satisfatório e insuficiente, 9 enfermeiros consideraram seu conhecimento satisfatório (56%) e 7 enfermeiros responderam que consideravam seu conhecimento como pouco satisfatório (44%).

Abordando a prevenção, em relação aos fatores envolvidos no desenvolvimento e evolução da LP, foi apresentado uma lista de diversos fatores que continha os aspectos intrínsecos, sendo eles: idade avançada, sexo, limitação nas atividades de vida diária, incontinência urinária e ou anal, anemia, infecção/leucocitose, desnutrição, história prévia de LP, uso de droga vasoativa, uso de sedação, uso de corticoides, uso de AINES (anti-inflamatórios não-esteroides), estado mental depletado, imobilidade, prejuízo do sistema imune, perda da sensibilidade, tabagismo, hipertermia, hipotensão arterial, edema, agitação psicomotora, nível de consciência e percepção sensorial reduzidos e desidratação. Destes, os mais citados pelos enfermeiros foram idade avançada e desnutrição. A imobilidade foi citada por 15 enfermeiros e a incontinência urinária ou fecal, uso de droga vasoativa e perda da sensibilidade foram citados por 13 profissionais. Os fatores menos citados foram sexo, em apenas 1 resposta, uso de anti-inflamatórios em 2 respostas e de corticoides em 5 das 16 respostas.

Gráfico 1 – Fatores intrínsecos relacionados a LP



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Em relação aos fatores extrínsecos, foram citados 9 fatores relacionados ao desenvolvimento e evolução da LP, sendo eles, superfície de apoio inadequada, posicionamento no mesmo decúbito por mais de 2 horas, força de cisalhamento/fricção, uso de dispositivos como órteses ou aparelhos restritivos, negligência nas questões de imobilidade, sobrecarga em áreas corporais de risco, falha na limpeza após episódios de incontinência, procedimentos de limpeza agressivos e falha em hidratar/proteger a pele seca. Em relação as respostas, 8 dos enfermeiros relacionaram corretamente todos os fatores, 6 enfermeiros relacionaram 8 dos 9 fatores citados e apenas 2 enfermeiros consideraram 7 ou menos dos fatores expostos.

Gráfico 2 – Fatores extrínsecos relacionados a LP



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Em relação a avaliação de uma lesão já instalada, das opções disponibilizadas no questionário (entre o tamanho, a coloração do leito da ferida, as características da secreção/exsudação da LP, os bordos da lesão e o seu odor), 8 enfermeiros (50%) elencaram o tamanho (extensão e profundidade) como primeiro aspecto a ser avaliado; 5 enfermeiros observam a secreção/exsudação da ferida e em terceiro lugar observam a coloração do leito da ferida (6 enfermeiros).

Ainda sobre a avaliação das LPs e a descrição de lesões em diversos estágios, a Tabela 2 abaixo mostra as classificações realizadas pelos enfermeiros quando lhe foram expostos a descrição das LP conforme a NPUAP (2009), na linha superior é colocado o grau/estágio a que a descrição se refere e nas colunas são demonstradas as classificações realizadas pelos enfermeiros. Em negrito são destacadas as classificações corretas.

Tabela 2 – Classificação das LPs pelos enfermeiros

Respostas	Descrição LP					Descrição LPTP
	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	Não classificável	
LP Estágio 1	15	0	0	0	0	0
LP Estágio 2	1	10	1	0	0	9
LP Estágio 3	0	4	10	0	3	1
LP Estágio 4	0	1	4	11	0	0
LP não classificável	0	0	0	0	10	1
LTP	0	0	1	5	2	5
Não classificou	0	1	0	0	0	0
Total respostas	16	16	16	16	16	16

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Na descrição da lesão em Grau/estágio I, “Pele íntegra com vermelhidão que não clareia à compressão, de área localizada, normalmente sobre proeminência óssea” e “Pele intensamente pigmentada não exibe clareamento visível, mas sua coloração é diferente da área circunvizinha” (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p.12) , 15 dos 16 enfermeiros classificou corretamente a lesão. Apenas 1 enfermeiro considerou erroneamente a descrição referente a uma lesão Grau/estágio II.

Sobre descrição de lesão estágio II “Perda de espessura parcial da derme apresentando-se como uma úlcera aberta superficial, cujo leito é vermelho ou rosado sem maceração. Também pode se manifestar como bolha repleta de soro íntegra ou aberta/rota” NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p.12), 10 enfermeiros classificaram corretamente a lesão. Nesta questão 4 enfermeiros classificaram erroneamente como Grau/estágio III, 1 enfermeiro como Grau/estágio IV e 1 enfermeiro não classificou.

Na lesão em estágio III descrita como “Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis” (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p.13). A lesão foi classificada corretamente por 10 enfermeiros. Houve 6 classificações errôneas, 4 respostas como Grau/estágio IV, 1 resposta Grau/estágio II e 1 classificação como lesão em suspeita de lesão tissular profunda (LTP).

Em lesão por pressão em Estágio IV descrita como “Perda tissular de espessura completa com exposição de osso, tendão ou músculo. Pode haver maceração ou escara em algumas partes do leito da ferida. Com frequência, inclui corrosão e formação de túnel” (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p.13). A lesão foi classificada corretamente por 11 enfermeiros, tendo ainda 5 classificações errôneas com suspeita de lesão tissular profunda.

Na questão referente à LP não estadiável, descrita como “Perda tissular de espessura completa em que a base da úlcera está coberta por crosta (amarela, marrom claro, cinza, verde ou castanha) e ou escara (marrom claro, castanha ou negra)”, (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p.13), 10 enfermeiros classificaram corretamente a lesão. Classificaram erroneamente como Estágio III, 3 enfermeiros, 2 enfermeiros classificaram como LP em suspeita de lesão tissular profunda e 1 resposta classificou como Estágio III.

Na descrição de uma LP em suspeita lesão tissular profunda como “Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devidas a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente” (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, p.13), apenas 5 enfermeiros classificaram corretamente a lesão. A maioria, 9 enfermeiros, classificaram erroneamente a lesão como LP estágio II, 1 enfermeiro classificou como estágio III e 1 enfermeiro classificou como não estadiável.

Ainda sobre a avaliação da lesão, em questão que apresentava imagens de LP em diversos estágios, foi solicitado que os enfermeiros as classificassem conforme o estágio em que se encontravam e indicassem os tipos de coberturas que poderiam ser utilizadas no tratamento naquele momento.

A tabela 3 a seguir a representação das indicações das coberturas baseadas nas imagens do questionário, realizadas pelo enfermeiros. As opções em negrito apresentam adequadas escolhas para as lesões apresentadas nas imagens.

Tabela 3 – Indicação de coberturas

COBERTURA	LP 1	LP 2	LP 3	LP 4	NÃO Classificável
Alginato de cálcio	7	1	3	1	2
AGE	0	13	6	11	0

COBERTURA	LP 1	LP 2	LP 3	LP 4	NÃO Classificável
Carvão ativado com prata	0	0	2	0	9
Película semipermeável	12	0	0	1	1
Hidrogel amorfo	0	4	7	2	7
Curativo de espuma não aderente	0	3	2	4	0
Curativo de hidrocoloide em placa	6	4	0	4	0
Curativo de hidrocoloide em pasta	0	1	9	1	4
Curativo de hidrofibras (Aquacel)	1	1	1	0	0
Papaína gel a 2%	1	7	6	4	0
Papaína gel a 5%	0	2	7	1	2
Papaína gel a 10%	0	0	2	1	15
Sulfadiazina de prata	0	0	0	0	0
Outros curativos com prata (Alginatos e hidrofibras com prata – Aquacel Ag)	0	1	2	0	3

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Na primeira imagem onde se observava uma LP grau 1, 15 enfermeiros classificaram corretamente a lesão e 1 enfermeiro classificou como suspeita de lesão tissular profunda. Foi solicitado ainda que os enfermeiros selecionassem os materiais que utilizariam no tratamento da referida lesão e a película semipermeável de poliuretano foi citada 12 vezes, seguida do AGE escolhido por 7 enfermeiros e o hidrocoloide em placa por 6 enfermeiros. Foram citadas 1 vez como opções de tratamento, o curativo de hidrofibras e a papaína gel a 2%.

Na segunda imagem que continha uma LP grau 2, 9 enfermeiros classificaram corretamente a lesão e 7 enfermeiros estadiaram a lesão erroneamente como LP grau 3. Quanto aos produtos para tratamento o AGE foi citado como opção de tratamento por 13 enfermeiros, seguido da papaína gel a 2% considerada por 7 enfermeiros, apareceram ainda como opção de tratamento o hidrogel amorfo e o hidrocoloide em placa citados ambos por 4 enfermeiros, o curativo de espuma não aderente, por 3 enfermeiros, a papaína gel a 5% por 2 enfermeiros e o alginato de cálcio,

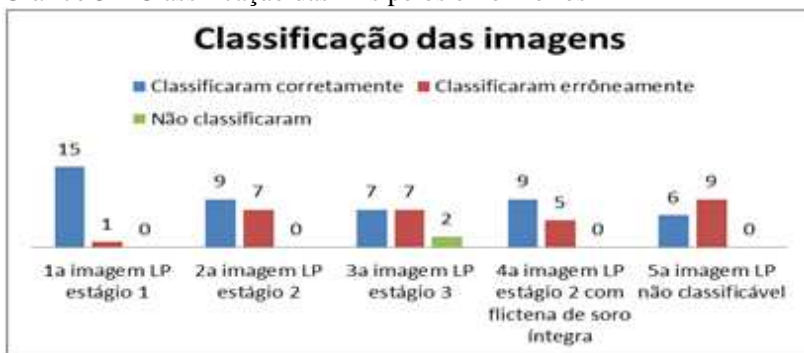
o hidrocoloides em pasta, o curativo de hidrofibras e os curativos (alginatos e hidrofibras com prata) citados por 1 enfermeiro.

A terceira imagem exibiu uma LP grau 3. Classificaram corretamente a lesão 7 enfermeiros. Do restante, 6 classificaram como grau 4 e 1 como suspeita de lesão tissular profunda. Para o tratamento o curativo de hidrocoloide em pasta aparece citado mais vezes, seguido do hidrogel amorfo e papaína gel a 5% escolhidos por 7 vezes. O AGE e a papaína a 2% surgem citados por 6 enfermeiros. O alginato escolhido por 3 vezes, o carvão ativado com prata, o curativo de espuma não aderente e os curativos (alginatos e hidrofibras) com prata foram citados 2 vezes e o curativo de hidrofibras foi escolhido por 1 enfermeiro.

Na quarta imagem foi mostrado uma LP de calcâneo grau 2 com flictena de soro íntegra. Nesta questão 9 enfermeiros classificaram corretamente a lesão, 2 classificaram como grau 1, 1 enfermeiro classificou como grau 3, 1 como suspeita de lesão tissular profunda e 1 como LP não classificável. No tocante às coberturas, o AGE aparece 11 vezes como opção de tratamento, o curativo de espuma não aderente, o hidrocoloide em placa e a papaína gel a 2% foram citados por 4 vezes, o hidrogel amorfo 2 vezes e o alginato de cálcio, a película semipermeável, hidrocoloide em pasta e a papaína gel a 5 e a 10% foram citados 1 vez.

E na quinta e última imagem contendo uma LP não classificável, somente 6 enfermeiros classificaram corretamente a lesão. Dos outros 9 enfermeiros, 5 classificaram como grau 4, 3 como lesão por pressão tissular profunda e 1 como LP grau 3. Para o tratamento a papaína a 10% apareceu como produto mais citado por 15 enfermeiros. Das outras coberturas, 9 enfermeiros utilizariam o carvão ativado com prata, 7 o hidrogel amorfo, 4 o hidrocoloide em pasta, 3 os curativos (hidrofibras e alginatos) com prata, 2 o alginato de cálcio e a papaína gel a 5% e a película semipermeável foi escolhida como opção de tratamento por 1 enfermeiro.

Gráfico 3 – Classificação das LPs pelos enfermeiros



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

No que diz respeito à segurança para a indicação e utilização das coberturas para o tratamento de LP disponíveis na instituição, 75% dos enfermeiros referem que não se sentem seguros. Dentre as causas desta insegurança foi citado por 7 dos 12 profissionais que responderam a questão, a falta de conhecimento e 5 referiram sentir falta de capacitação referente às coberturas disponíveis na Instituição.

Ainda sobre o tratamento utilizado, 87% dos enfermeiros acredita não haver continuidade neste processo. Questionados sobre as possíveis causas deste problema, 60% apontaram a falta de um guia, protocolo ou instrumento de padronização de condutas, 53% a falta de conhecimento sobre o tema, 40% problemas na sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e 27% apontaram a falta de capacitação. Foi citado ainda: percepção diferente dos profissionais, decisões diferentes para o mesmo curativo; falta de planejamento antes do momento de realização do curativo e falta de material.

DISCUSSÃO

Na unidade estudada o perfil dos enfermeiros que responderam ao questionário aponta uma população predominantemente feminina e jovem, a maioria com idade inferior a 35 anos, formação na graduação entre 11 a 20 anos e experiência em terapia intensiva menor que 10 anos.

Em relação ao nível de conhecimento acerca das LP e coberturas disponíveis para o tratamento, apesar de muitos dos enfermeiros ter considerado seu conhecimento satisfatório; quando questionados sobre os fatores envolvidos no desenvolvimento destas lesões, poucos enfermeiros conseguiram identificar corretamente todos os fatores envolvidos. Isso

demonstra que muitos fatores são ignorados e que o conhecimento sobre as LP, mesmo considerado pela maioria dos profissionais como satisfatório, pode ser melhorado.

No estudo de Valença (2010), foi possível identificar que a percepção dos enfermeiros acerca das medidas preventivas das LP ainda é deficiente, visto que a maioria dos profissionais possui conhecimento ultrapassado.

Os aspectos mais citados na relação com o desenvolvimento e evolução da LP foram idade avançada e desnutrição, que aparecem na resposta de todos os enfermeiros. Segundo Blanes *et al* (2004), a população idosa é mais suscetível ao desenvolvimento de LP devido às características do envelhecimento da pele, ao aumento das comorbidades e do tempo de cicatrização, redução na elasticidade e textura da pele, na frequência de reposição celular, na mobilidade, além de diminuição da massa magra, levando à exposição mais acentuada das proeminências ósseas.

Já sobre a desnutrição, Stratton (2005) salienta que além de aumentar o risco de lesões por pressão, este aspecto dificulta a sua recuperação e cicatrização, pela redução de nutrientes disponíveis para reparo e manutenção teciduais, resultando em perda do "efeito amortecedor" do tecido adiposo, menor resistência cutânea, fraqueza geral, mobilidade reduzida e edema. Meijers *et al* (2008) relatam que uma combinação de perda de massa magra e imobilidade aumenta o risco de LP para 74%.

A imobilidade foi citada por 15 enfermeiros, bem como a incontinência anal e urinária, uso de droga vasoativa, perda da sensibilidade e desidratação foram apontados por 13 dos 16 enfermeiros. Campos (2010) demonstrou em seu estudo que o déficit de atividade ou a imobilidade está significativamente ligado ao desenvolvimento de LP, uma vez que 100% dos pacientes estudados que desenvolveram LP estavam acamados. Há consenso no grupo de enfermeiros sobre a relação destes fatores e a ocorrência de LP, isso possibilita o olhar atento direcionado às medidas de prevenção e cuidado.

Para os pacientes com restrição de movimentos e imobilizados a mudança de decúbito é uma importante recomendação presente na maioria dos protocolos de prevenção de LP, objetivando a redução ou eliminação da pressão superficial, mantendo a microcirculação, devendo ser realizada a cada duas horas (IRION, 2012).

Os aspectos menos citados foram o sexo e o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, uso de corticoesteroides, hipertermia e

agitação psicomotora. Alguns fatores sabidamente ligados à fisiopatologia do agravo em questão, são ignorados no momento da avaliação de risco por alguns profissionais. É necessário instrumentalizar os enfermeiros sobre estes aspectos melhorando a assistência prestada, haja visto que nas ações e medidas preventivas para LP, é imprescindível o conhecimento científico como linha norteadora. O enfermeiro deve constantemente buscar a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no seu dia a dia profissional, buscando competência para o desempenho de sua função e resultados baseados em evidências, desempenhando com responsabilidade e autonomia, sem implicar a vida profissional e sem agravar o estado clínico do paciente (ALBUQUERQUE, *et al.* 2014).

Sobre os cuidados de prevenção, por muito tempo as lesões por pressão foram descritas como um problema unicamente relacionado aos cuidados de enfermagem, mas inúmeros estudos demonstram que as LP possuem causas multifatoriais passando então à necessidade do cuidado por uma equipe multidisciplinar (GOULART *et al.* 2008). No entanto, sendo a enfermagem uma profissão que permanece 24 horas ao lado do paciente, a partir de um olhar integral e do conhecimento relacionado às causas do desenvolvimento de LP, espera-se que o enfermeiro atue com eficácia, planejando cuidados que previnam o surgimento destas lesões.

Sobre os fatores extrínsecos ao desenvolvimento da LP, os enfermeiros demonstraram maior conhecimento. Evidenciaram as condutas inadequadas, como o posicionamento em mesmo decúbito por mais de 2h, força de cisalhamento/fricção, negligência nas questões de imobilidade, sobrecarga em áreas corporais de risco e a falha em hidratar/proteger a pele seca como os principais fatores extrínsecos. Observa-se que este conhecimento é comum aos enfermeiros participantes do estudo, quando identificam que a susceptibilidade individual para o desenvolvimento de úlceras de pressão é dependente da atuação de fatores extrínsecos que se conjugam com as alterações da perfusão tecidual resultante de fatores intrínsecos de cada paciente.

Segundo Campos (2010), em um estudo realizado, o desenvolvimento de LP mostrou relação estatisticamente significativa com as variáveis, mudança de decúbito, nível de atividade, uso de fralda.

Segundo estudo realizado acerca do conhecimento dos enfermeiros sobre a avaliação e tratamento de LP, os resultados demonstraram que os enfermeiros evidenciaram maior conhecimento em relação aos itens relativos à prevenção de lesão por pressão do que ao estadiamento das lesões, como foi visto também neste trabalho. (ALBUQUERQUE, *et al.* 2014).

Valença (2010) identificou em outro estudo que quanto às medidas preventivas das LP, o conhecimento ainda é deficiente, visto que a maioria dos profissionais possui conhecimento ultrapassado. Considerando a multicausalidade das lesões por pressão, deve haver um esforço de toda a equipe de saúde envolvida na adoção de inovações para a prevenção das lesões.

Sobre a avaliação de uma LP instalada, 50% dos enfermeiros avaliam primeiramente o tamanho (extensão e profundidade) da lesão. A mensuração e o registro fidedigno da lesão são necessários para que o próximo profissional ao realizar o curativo possa ter condições de saber a evolução da lesão e manter ou modificar o plano de cuidados.

A avaliação deve ser completa e criteriosa, considerando o cuidado individualizado (SANTOS; CARVALHO, 2009). É necessário aprofundar o conhecimento de anatomia e fisiologia, mesmo porque a localização e os estágios das LP são de extrema relevância, pois a região comprometida influencia no processo de decisão e escolha do tratamento, ao passo que, o conhecimento dos estágios das LPs auxilia na caracterização da lesão em relação ao dano tissular presente (DEALEY, 2008).

Considerando a avaliação das LPs, a maioria das classificações foram corretas, totalizando um índice de acertos de 64% das classificações. Observa-se a maior dificuldade na diferenciação da LP estágio 2 da LPTP. A LP estágio 2 apresenta-se como lesão superficial brilhosa ou seca sem maceração ou equimose, podendo ocorrer flictena de soro íntegra. Já no caso da LPTP existe a presença de área equimótica (NPUAP, 2016).

O maior índice de classificações equivocadas se fez na classificação de LPTP, apenas 5 enfermeiros classificaram corretamente a lesão, indicando déficit no conhecimento acerca desta lesão.

Segundo Albuquerque, *et al.* (2014), otimizando o conhecimento dos enfermeiros diminui-se os riscos para o desenvolvimento das LP, neste sentido, faz-se imprescindível motivar os enfermeiros a melhorarem seus conhecimentos de avaliação em relação ao estadiamento de úlcera por pressão.

Na questão relacionada à classificação e estadiamento das lesões, utilizando-se imagens, o índice de acertos foi de 61,3% das respostas. Na LP estágio 1 obteve-se o maior índice de acertos 94%. Na LP estágio 2 as classificações corretas somaram um total de 56%. Na LP estágio 3 as respostas corretas foram 50% e o menor índice de acertos se deu na lesão por pressão não classificável onde apenas 40% das respostas foram

corretas. Deste modo, observou-se que quanto maior o comprometimento da lesão, maior a dificuldade de estadiamento das mesmas.

Uma boa avaliação é imprescindível para o tratamento adequado e orientação de toda a equipe. Em um estudo realizado por Gomes *et al* (2013) foi identificado que a classificação adequada do estadiamento das lesões por pressão depende, em grande parte, da capacitação dos enfermeiros que a realizam. O cuidado sofre interferência negativa quando os enfermeiros realizam esta classificação sem capacitação adequada e utilizam instrumentos de forma não sistematizada, realizando diagnósticos com pouca qualidade (GOMES *et al*, 2013).

Após a realização da avaliação do estágio das LP, o próximo passo é a seleção de produtos para o tratamento. Para isso, há um número expressivo de opções terapêuticas disponíveis no mercado que se renovam constantemente pela aplicabilidade de novas tecnologias. A variedade de curativos industrializados permite melhor adequação e manejo das diversas condições das feridas. Mas este aspecto positivo também pode trazer dúvidas em relação à forma de indicá-los, pois podem ser utilizadas diferentes coberturas em condições bastante semelhantes e a tendência é que surjam cada vez mais novos produtos tentando conquistar seu espaço no mercado (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Sobre a indicação das coberturas, na questão que investiga este conhecimento, solicitando aos enfermeiros que indiquem possibilidades para o tratamento das LP mostradas nas imagens, houve 66% de acertos nas indicações das coberturas e 33% de indicações controversas. O fato provavelmente se deve à intensa e constante modificação no cenário tecnológico do tratamento das LP. Os avanços tecnológicos nos têm possibilitado a utilização destes produtos que, evidentemente, aceleram a cicatrização das feridas e facilitam em muito a vida do paciente, mas exigem também constante atualização e educação permanente dos profissionais que as indicam e utilizam (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Em relação à segurança na indicação e utilização das coberturas, 75% dos enfermeiros referem que não se sentem seguros, seja pela falta de conhecimento e capacitação sobre os produtos disponíveis na instituição. Mas esta não é uma realidade isolada. Estudo realizado em um hospital universitário paulista investigando o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da avaliação, classificação e prevenção da LP concluiu que todos os profissionais apresentavam déficit de conhecimento sobre o tema e que necessitavam de educação permanente para a atualização em prevenção e tratamento das LP (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010).

Quando questionados sobre a continuidade do processo de tratamento, 87% dos enfermeiros acredita não haver continuidade neste processo, citando como possíveis causas: a falta de um guia, protocolo ou instrumento de padronização de condutas, citado por 60% dos enfermeiros, falta de conhecimento sobre o tema, apontado por 53% dos participantes, e problemas na SAE, citados por 40%, além da falta de capacitação, citado por 27%.

A SAE deve contemplar o cuidado a ser adotado tanto na prevenção, quanto no tratamento a ser utilizado na lesão, mas muitas vezes no ambiente de trabalho da UTI em que foi desenvolvido este estudo, a prescrição de enfermagem é subjugada e pouco respeitada pelos profissionais de enfermagem, consultando o enfermeiro verbalmente no momento da realização do curativo, sem considerar a avaliação e conduta anterior.

Pode-se verificar, com base nas repostas obtidas neste estudo, que os enfermeiros possuem conhecimento satisfatório acerca da prevenção das LP, mas ainda não possuem conhecimento adequado sobre a avaliação e estadiamento das LP. Além disso, se sentem inseguros principalmente no tocante à prescrição e escolha das coberturas disponíveis para os cuidados com a LP. Observa-se que este conhecimento é imprescindível para a padronização do cuidado ao paciente internado em UTI que venha a desenvolver uma LP, a fim de evitar inclusive maiores complicações.

A padronização de ações através de um guia de condutas e a educação permanente, através de capacitações sobre as diversas coberturas e tratamentos para a LP surgiram como possibilidades de melhora deste cenário que se modifica constantemente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os enfermeiros tenham considerado seu conhecimento suficiente acerca da prevenção e cuidados com a LP, esta não é uma realidade demonstrada neste trabalho.

Os profissionais possuem conhecimento sobre os fatores de risco para as LP o que facilita o planejamento e organização dos cuidados com a prevenção das LP.

A prevenção é a melhor estratégia em se tratando de LP e menos dispendiosa que o tratamento gasto com este agravo, mas mesmo recebendo cuidados específicos para este fim, um paciente de UTI, por suas condições específicas de gravidade e instabilidade, pode desenvolver

uma lesão por pressão e neste momento faz-se necessário que a avaliação seja realizada com segurança e embasamento em conhecimento científico.

No tocante à avaliação da LP o conhecimento dos enfermeiros estudados ainda mostra disparidades. O número de acertos nas classificações e estadiamento foi relativamente baixo, demonstrando que os enfermeiros ainda não conseguem realizar uma avaliação igualitária entre todos os integrantes do grupo.

Quanto ao conhecimento sobre o tratamento, a maioria dos enfermeiros sente-se inseguros na indicação das coberturas. Reconhecem que não há continuidade no processo de trabalho/tratamento da lesão e acreditam que isso se deve a falta de conhecimento/capacitação sobre os materiais disponíveis, ausência de um guia/padronização das ações e por problemas na SAE.

A realidade encontrada pelo estudo e os problemas destacados pelos enfermeiros apontam a necessidade de aprimoramento e atualização dos enfermeiros, apontando-se a educação permanente como um caminho possível. Além disso o estudo mostra a necessidade de padronização e uniformização das condutas por meio de um guia.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. M; *et al.* Avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: conhecimento e prática. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 2, p. 229-239, fev. 2014.

BLANES, L.; et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras.**, v.50, n.2, p. 182-187, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781.pdf>>. Acesso em: 22 jan 2015.

BRASIL. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA/ FIOCRUZ. Brasil, 2013.

CAMPOS, S. F.; et al. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 5, p. 703-714, 2010.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 693, 2010.

DEALEY, C. Tratamento de pacientes com feridas crônicas. In: DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 203-206, maio/jun. 2008.

GOMES, F. S. L.; et al. Análise da concordância da avaliação de estadiamento de úlcera por pressão. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 250-257, 2013.

GOULART, F. M.; et al. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. **Revista Objetiva**, n. 8, 2008.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **How-to-Guide**: prevent pressure ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2011. Disponível em: <<http://www.ihl.org>>. Acesso em: 10 abr 2013.

IRION, G. Úlceras por pressão. In: IRION, G. **Feridas**: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MATOS, L. S; DUARTE, N. L. V; MINETTO, R.C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um hospital público do DF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 719-726, 2010.

MEIJERS, J. M.M.; et al. Differences in nutritional care in pressure ulcer patients whether or not using nutritional guidelines. **Nutrition**, v. 24, n. 2, p. 127-132, 2008.

MIYAZAKI, M.Y.; CALIRI, M. H.L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v.18, n.6, nov./dez. 2010.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP).

Pressure Ulcer stages revised by NPUAP. 2009. Disponível em:
<<http://www.npuap.org/pr2.htm>>. Acesso em: 22 mar 2015.

_____. European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

_____. Mudança na terminologia de úlcera de pressão a lesão pressão e atualização dos estágios de lesão pressão. Disponível em:
<<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em: 02 jul 2016.

OLIVEIRA, R. A. A pele nos diferentes ciclos da vida. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele:** recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 9- 41.

SANTOS, V.L.C.G., CARVALHO, V.F. Reapresentando o Instrumento Pressure ulcer scale for healing (PUSH) para avaliação de úlceras por pressão e úlceras crônicas de perna. **Rev. Estima.** v. 7, n. 2, p. 19-27, 2009.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas:** fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

STRATTON, R. J.; et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, v. 4, n. 3, p. 422-450, 2005.

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa convergente - assistencial:** delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

VALENÇA, M. P.; et al. Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital escola da cidade do Recife. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 4, n. 2, 2010.

WECHI, J. S. F Utilização da escala de Braden no cuidado do paciente em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em uma clínica médica; 2013. 211p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

5.2 PRODUTO – GUIA DE CUIDADOS RELACIONADOS À LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

GUIA DE CUIDADOS RELACIONADOS À LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Giselle Borba da Rosa⁴

Isabel Cristina Alves Maliska⁵

Nádia Chiodelli Salum⁶

Este guia é produto de pesquisa de uma dissertação de mestrado intitulada **GUIA DE CUIDADOS RELACIONADOS À LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma construção coletiva** que objetivou identificar, junto a enfermeiros, quais as ações necessárias para a prevenção e cuidados com a lesão por pressão, instrumentá-los sobre o assunto e construir um guia de cuidados de enfermagem. A criação do guia se deu através de três encontros educativos, trazendo como resultados os seguintes tópicos: prevenção de lesões por pressão e cuidados com lesões por pressão. O guia construído consiste em um material de consulta rápida para subsidiar o cuidado do enfermeiro durante a assistência ao paciente e mostra que as reflexões da prática do enfermeiro em unidade de terapia intensiva sobre a lesão por pressão devem ser constantes, propiciando a busca de soluções para a melhoria do cuidado.

INTRODUÇÃO

A longa hospitalização traz como uma de suas consequências o surgimento de alterações de pele. O problema aumenta

⁴Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC - Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado. Enfermeira do Serviço de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário/UFSC e Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC. Endereço para **correspondência**: Av. Leoberto Leal, 308, Bairro Barreiros/São José/ SC CEP 88117-000. Telefone: (48) 3246-1163 E-mail: gisellerosa@gmail.com

⁵Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira da Comissão Permanente de Materiais e Assistência do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: isabel.alves07@yahoo.com.br.

⁶Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem/UFSC – Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado. Enfermeira Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem do Hospital Universitário/UFSC.

proporcionalmente à combinação de fatores de risco, dentre eles: estado de saúde prejudicado; condição nutricional alterada; desequilíbrio hidroeletrólítico; déficit de mobilidade e/ou sensibilidade, fricção e cisalhamento, edema, umidade, idade, doenças sistêmicas, medicação, comprometimento neurológico e distúrbios metabólicos (BRASIL, 2013a).

Dentre estas alterações de pele, as lesões por pressão (LP) são uma das complicações encontradas em pacientes em estado crítico internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sendo a enfermagem a profissão que mais tempo passa ao lado do paciente e que tem o cuidado por essência, é importante destacar os cuidados com a estrutura cutânea e também com as LPs.

A LP é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção (NPUAP, 2016). Outros fatores estão associados ao surgimento desta lesão, mas ainda não foram completamente elucidados (IHI, 2011).

As LP em sua maioria são evitáveis, mesmo sendo agravos com causas multifatoriais, deve haver empenho de toda a equipe multidisciplinar em trabalhar sobre a prevenção. Em estudo realizado em um hospital escola na cidade de São Paulo, com pacientes das especialidades cirúrgica, médica, obstétrica e pediátrica, para verificar a incidência de LP após a implementação de Protocolos de Avaliação de Risco e de Prevenção de LP, evidenciou diminuição acentuada destes índices, o que demonstra a eficácia das ferramentas (os protocolos) de controle da incidência de LP, quando utilizadas sistematicamente (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

A incidência de LP tem sido apontada como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada, o que possibilita o planejamento de medidas para a sua prevenção, a gestão e a avaliação das ações de enfermagem, além de orientar ações educativas à equipe de enfermagem (MOURA *et al.*, 2009; SANTOS, 2011).

A avaliação da assistência prestada permite a detecção dos problemas, sua discussão e resolução, isso possibilita melhorias da qualidade do cuidado. Partindo deste pressuposto, os enfermeiros precisam avaliar constantemente a assistência prestada e buscar através da educação permanente, a melhoria da qualidade das ações prestadas por toda equipe de enfermagem.

Segundo Silva (2009) os enfermeiros mantêm contato direto e permanente com o paciente e com a equipe de enfermagem, dessa forma conseguem perceber a realidade e avaliar as necessidades.

A questão da qualidade a nível hospitalar tem suas peculiaridades, diferente da indústria em que se avalia este quesito em um produto palpável, a qualidade da assistência está sujeita ao humano, à imprevisibilidade das situações, à particularidade das ocorrências e exigências, o que não invalida as normas, apenas exige maior atenção para observar, escutar, imaginar e antecipar ajustamentos e adaptações (SILVA, 2009).

Na UTI de um hospital escola do sul do Brasil, campo onde a pesquisadora desenvolve suas atividades, observa-se na prática assistencial algumas fragilidades acerca do cuidado com as questões de prevenção de lesões e tratamento da LP, destacando-se a falta de padronização no que diz respeito a prevenção e cuidado com LP, insegurança na prescrição de coberturas para LP, a falta de guias de conduta para nortear o cuidado, bem como a falta de atualização relacionada ao cenário tecnológico de opções de curativos industrializados.

O guia de cuidados padroniza os procedimentos no ambiente de trabalho e direciona o profissional para uma conduta baseada em evidências científicas. Segundo Erdmann *et al* (2013), a associação de referenciais sobre as melhores práticas à determinado nível de atenção a saúde traz a potencialização de respostas positivas às necessidades dos pacientes e usuários. Isto pode ser utilizado em forma de guia padronizando as ações de prevenção e cuidados com a LP os enfermeiros da UTI.

O trabalho diário deve ser considerado como eixo central em um processo permanente de reflexão da prática na busca de melhores evidências para prestar um cuidado seguro e de qualidade. Nesse sentido, sentiu-se a necessidade de uma padronização de cuidados sobre as LP, através da criação de um guia de cuidados para nortear as ações de prevenção e cuidados com as LP.

Considerando a construção coletiva uma valiosa estratégia para vencer os desafios impostos ao cuidado da LP, este estudo tem como objetivo identificar, junto aos enfermeiros, quais as ações necessárias para a prevenção e cuidados com a LP e construir um guia de cuidados de enfermagem específico para a UTI.

GUIA DE CUIDADOS RELACIONADOS COM LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O guia de prevenção e cuidados com lesão por pressão teve sua concepção embasada no conhecimento dos enfermeiros que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital escola do sul do Brasil e em literatura científica sobre o assunto. A elaboração foi realizada coletivamente com os enfermeiros da referida unidade, através de forma sistemática objetivando a padronização de condutas relacionadas ao cuidado com lesões por pressão. Vislumbra, ao descrever as ações e a responsabilização do profissional por sua implementação, qualificar o cuidado prestado, melhorar os cuidados com prevenção, diminuindo e evitando o surgimento de lesões por pressão, dinamizar o tratamento otimizando os resultados, diminuindo a dor do paciente, seu tempo de recuperação e reduzindo custos.

A seguir, o Guia de Cuidados Relacionados com Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva é apresentado de acordo com a sua criação, conforme Quadros 1, 2 e 3:

Quadro 1 – Prevenção da Lesão por Pressão

CUIDADOS COM A LESÃO POR PRESSÃO	
Prevenção	
Atividade	Justificativa
<ul style="list-style-type: none"> Na admissão ou readmissão do paciente, o enfermeiro deve realizar avaliação do risco do paciente para desenvolver a LP e avaliação da pele do paciente detectando LP já instaladas. 	A maioria dos casos de LP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco (BRASIL, 2013a).
<ul style="list-style-type: none"> A avaliação do risco deve ser feita utilizando-se a Escala de Braden (EB) (ANEXO 1). 	A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas (BRASIL, 2013a). Além disso a escala de Braden é uma ferramenta de fácil manuseio e encontra-se disponível no

CUIDADOS COM A LESÃO POR PRESSÃO	
Prevenção	
Atividade	Justificativa
	sistema operacional de informática da Instituição.
<ul style="list-style-type: none"> A reavaliação do risco de desenvolver LP deve ocorrer diariamente ou em período menor de tempo se houver agravamento do estado de saúde do paciente. 	<p>A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LP (BRASIL, 2013a).</p> <p>A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes (BRASIL, 2013a).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Para os pacientes com escores de risco baixo (15 a 18 pontos) na EB o enfermeiro deve prever cuidados através de: cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilização; proteção do calcanhar; manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão. 	<p>O reposicionamento visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, a higiene, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo (NPUAP, 2014).</p> <p>A otimização da tolerância tecidual à pressão, através da mobilização, proteção e cuidado aplicado aos efeitos nocivos da pressão, fricção e cisalhamento são medidas preventivas eficazes (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010).</p> <p>É importante diminuir a exposição da pele a umidade excessiva, para que não haja rompimento da epiderme (HEMORIO, 2010). As</p>

CUIDADOS COM A LESÃO POR PRESSÃO	
Prevenção	
Atividade	Justificativa
	<p>propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade assim como a sua função de regulação da temperatura (NPUAP, 2014).</p> <p>O paciente com risco para desenvolver LP deve ser submetido à avaliação nutricional utilizando-se a avaliação global subjetiva, que considera alterações da composição corporal e da ingestão alimentar. É um processo simples, de baixo custo e não invasivo, que pode ser realizado à beira do leito por diferentes membros da equipe multidisciplinar de terapia nutricional, desde que treinados para esse fim (PASSOS, 2011).</p> <p>A pressão associada ao cisalhamento potencializa o dano aos tecidos (DOMANSKY; BORGES, 2012).</p> <p>A redução de pressão e cisalhamento nos calcâneos representa um importante ponto de interesse na prática clínica. A proeminência posterior dos calcâneos sustenta uma pressão intensa, mesmo quando é utilizada uma superfície de redistribuição da pressão. O ideal seria os calcâneos não estarem sujeitos a qualquer pressão - um estado por vezes designado de “calcâneos flutuantes” (NPUAP, 2014).</p>

CUIDADOS COM A LESÃO POR PRESSÃO	
Prevenção	
Atividade	Justificativa
	<p>As lesões por pressão são dolorosas. Os indivíduos com LP experienciam uma dor que pode ser quantificada e diferenciada de outros tipos de dor, ocorrendo durante os procedimentos ou em repouso (NPUAP, 2014).</p> <p>A escolha de uma superfície de apoio apropriada deve ter em consideração fatores como o nível de mobilidade do doente na cama (NPUAP, 2014).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Para os pacientes com escores em risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden): continuar as intervenções do risco baixo; mudança de decúbito com posicionamento com angulação de cabeça a 30° no máximo. 	<p>A força exercida sobre o paciente em posicionamento com cabeceira elevada acima de 30° é o cisalhamento, que se refere à força tangencial aplicada a uma superfície que se move sobre a outra. Pode provocar ruptura da pele e adicional distorção de vasos sanguíneos provocando isquemia na pele lesionada (IRION, 2012).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Para pacientes em risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden), o enfermeiro deve prescrever cuidados visando: continuar as intervenções do risco alto; utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível; e o manejo da dor. 	<p>As superfícies de apoio de redistribuição da pressão são concebidas para aumentar a área de superfície corporal em contato com a superfície de apoio (reduzir a pressão) ou para alterar de forma sequencial as partes do corpo em carga, reduzindo assim a duração do tempo de carga numa determinada região anatômica (NPUAP, 2014).</p> <p>A utilização de colchões com superfície redistribuidora de pressão diminui a probabilidade de formação de novas lesões. Embora</p>

CUIDADOS COM A LESÃO POR PRESSÃO Prevenção	
Atividade	Justificativa
	exija maior investimento, essa medida pode ser custo-efetiva ao diminuir o tempo de hospitalização (LUZ <i>et al</i> 2010).

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Quadro 2 – Avaliação e Registro da Lesão por Pressão

CUIDADOS COM A LESÃO POR PRESSÃO Avaliação e registro	
Atividade	Justificativa
<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve realizar a identificação da LP e sua avaliação mais precocemente possível. 	Uma avaliação completa do indivíduo e da respectiva lesão por pressão contribui para o desenvolvimento de um plano de tratamento mais adequado e a supervisão permanente da cicatrização da ferida (NPUAP, 2014).
<ul style="list-style-type: none"> • A LP deve ser estadiada em classificação internacionalmente conhecida segundo a NPUAP em estágio 1, 2, 3, 4, Não classificável ou Lesão por Pressão Tissular Profunda. 	A classificação por estágios proporciona a uniformidade da linguagem e bases de avaliação para protocolos de serviços. Para tal, os profissionais precisam adaptar-se à terminologia e realizar as avaliações de forma contínua (GOMES <i>et al</i> 2013).
<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação LP e registro devem ser realizados diariamente, sem estadiamento reverso. 	Com o estadiamento reverso a cicatrização da úlcera era descrita progressivamente em estágios menores e isto não refletia o real processo de cicatrização. O NPUAP publicou relatório com posição contrária ao estadiamento reverso (BORGES, 2008).

CUIDADOS COM A LESÃO POR PRESSÃO Avaliação e registro	
Atividade	Justificativa
<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve realizar o registro da LP no tocante a sua localização. 	<p>As regiões mais propensas ao desenvolvimento das LP são: ísquio, sacra, trocantérica, calcâneo, maléolo, joelho, crista ilíaca, cotovelo, dorsal, occipital e escapular (ARAÚJO <i>et al</i>, 2011). O registro do local da lesão permite o direcionamento do cuidado e permite avaliar e documentar a evolução da ferida em seu processo cicatricial. (HEMORIO, 2010).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve realizar o registro do tamanho/extensão da LP em centímetros, considerando o maior comprimento e a maior largura independente da forma. 	<p>Determinar o tamanho da ferida é parte necessária da avaliação (IRION, 2012). A comparação das áreas obtidas nas diferentes avaliações permite o acompanhamento da evolução da LP (BORGES, 2008).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve realizar o registro da profundidade (em centímetros) de lesões com envolvimento do tecido subcutâneo, registrando o local de maior profundidade, utilizando aplicador com ponta de algodão ou sonda uretral nº 10). Deve registrar ainda a presença de túneis, seios, fístulas ou solapamentos (área de descolamento sob os bordos da LP). 	<p>A profundidade da LP deve ser aferida quando houver envolvimento do tecido subcutâneo significativo (IRION, 2012). A mensuração possibilita o registro adequado que permite avaliação e documentação da evolução da ferida (HEMORIO, 2010).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O aspecto da secreção presente na LP deve ser registrado após a realização da retirada da cobertura e antes da realização da 	<p>As características do exsudato presente na LP como volume, odor, aspecto e consistência subsidiarão o diagnóstico</p>

CUIDADOS COM A LESÃO POR PRESSÃO	
Avaliação e registro	
Atividade	Justificativa
limpeza da ferida. O enfermeiro deve descrever o volume do exsudato entre ressecado, mínimo, moderado e abundante; o aspecto e consistência do exsudato entre, seroso, sanguinolento ou purulento, podendo-se associar os termos.	diferencial da ferida e de sua infecção (BORGES, 2008).
• O enfermeiro deve registrar a coloração do leito da ferida em percentual de tecido presente, entre tecido necrótico, fibrina e tecido de granulação, somando-se até o total de 100%.	O registro da avaliação da coloração do leito da ferida permite que outro profissional, em uma avaliação posterior, tenha uma ideia mais concreta e objetiva de como se apresentava a ferida naquele momento (BORGES <i>et al</i> 2008).
• O ODOR da LP deve ser registrado pelo enfermeiro após a retirada da cobertura, entre: sem cheiro, odor fétido ou pútrido.	As feridas saudáveis normalmente não apresentam odor (IRION, 2012).
• Os BORDOS E PELE CIRCUNVIZINHA da LP devem ser avaliados e registrados segundo a coloração da pele, presença de sinais de inflamação e condições de hidratação (maceração, ressecamento excessivo e descamação).	Quando o exsudado é excessivo, vai saturar a zona perilesional, provocando maceração. Isso pode atrasar a evolução da ferida, bem como aumentar o seu tamanho (DUQUE, 2009).

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Quadro 3 – Tratamento da Lesão por Pressão

CUIDADOS COM AS LESÕES POR PRESSÃO	
Tratamento	
Atividade	Justificativa
• A higienização da LP deve ser realizada por irrigação suficiente	O profissional que realiza a avaliação da LP precisa limpar a

CUIDADOS COM AS LESÕES POR PRESSÃO	
Tratamento	
Atividade	Justificativa
através de jato com agulha de calibre 12, sem comprometer o tecido existente, utilizando solução fisiológica, e surfactantes e/ou antimicrobianos na presença de suspeita de infecção ou altos níveis de colonização bacteriana (Protosan). Realizar a higienização a cada troca de curativo.	ferida o suficiente para tomar as decisões apropriadas para o tratamento adicional (IRION, 2012). Uma baixa pressão deve ser utilizada ao se limpar o leito da ferida para que o tecido neoformado não seja lesionado (HEMORIO, 2010).
<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve realizar desbridamento quando necessário, na presença do tecido necrótico ou na margem da LP. Deve remover a necrose e corpos estranhos do leito da ferida, minimizando traumas, por desbridamento autolítico, enzimático ou mecânico. 	<p>O desbridamento do tecido necrótico é importante tanto na promoção da cicatrização como na prevenção da infecção secundária (LUZ <i>et al</i> 2010).</p> <p>Tecidos desvitalizados favorecem o crescimento de bactérias patológicas, assim, a remoção de tal tecido altera favoravelmente o ambiente de cicatrização de uma ferida (AHRQ, 2010).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Não se deve desbridar lesões de calcâneos com escara seca que não apresentem edema, eritema, flutuação e drenagem. 	<p>As lesões de calcâneo com escaras ou crostas secas não precisam ser desbridadas se elas não apresentarem edema, eritema, flutuação ou drenagem (IRION, 2012).</p> <p>Neste tipo de lesão, após diminuição da pressão, o tecido consegue regenerar-se (NPUAP, 2014).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve prescrever uma cobertura que busque manter umidade na interface ferida/cobertura, remover o excesso de exsudato, permitir a troca gasosa, promover 	Os curativos são uma forma de tratamento das feridas cutâneas e sua escolha depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. O tratamento das feridas cutâneas é dinâmico e depende, a cada

CUIDADOS COM AS LESÕES POR PRESSÃO Tratamento	
Atividade	Justificativa
isolamento térmico, proporcionar proteção contra infecção, ser isento de partículas e contaminantes e permitir a remoção sem causar traumas.	momento, da evolução das fases de cicatrização (FRANCO, GONÇALVES, 2008).
<ul style="list-style-type: none"> Em LP estágio 1 (eritema não branqueável) deve-se realizar hidratação da pele com AGE ou aplicação de película semipermeável. 	<p>O AGE quando aplicado na pele íntegra, forma barreira protetora pelo alto grau de hidratação e nutrição celular (BRASIL, 2002). O filme transparente de poliuretano atua em dois dos fatores extrínsecos (fricção e cisalhamento) e não consegue realizar o alívio da pressão no local da lesão, sendo este fator (pressão) o mais importante para o desenvolvimento e agravamento da úlcera por pressão, destaca-se que o uso do filme transparente de poliuretano deve estar sempre associado à medidas efetivas de alívio da pressão (MACIEL, 2010).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Em LP estágio 2, 3 ou 4 com presença de tecido favorável/de granulação deve-se utilizar AGE, papaína a 2%, membrana regeneradora porosa (Membracel) ou hidrogel e cobertura secundária não aderente em lesões ressecadas ou com exsudação mínima, e hidrocoloide em placa fina para lesões não cavitárias com exsudação mínima a moderada. 	<p>O AGE, a papaína a 2% e o hidrogel hidratam e mantêm a umidade no leito da ferida. O hidrocoloide absorve o excesso de exsudato.</p> <p>A membrana regeneradora porosa promove o crescimento acelerado do tecido de granulação, o isolamento dos terminais nervosos expostos, resultando no alívio da dor e a orientação tecidual guiada da epiderme.</p>


CUIDADOS COM AS LESÕES POR PRESSÃO	
Tratamento	
Atividade	Justificativa
	Um curativo oclusivo apropriado conserva a umidade do leito da ferida, enquanto impede o acúmulo da umidade excessiva que pode lesionar a pele adjacente (IRION, 2012).
<ul style="list-style-type: none"> No caso de LP grau 2, 3 e 4 com exsudato moderado a abundante deve-se utilizar coberturas que visem a absorção. Na presença de exsudato intenso, utilizar curativo de espuma de poliuretano ou se infectada, alginato de cálcio. Em LP com exsudação moderada, sem infecção utilizar placa de hidrocoloide. 	O excesso de exsudado bloqueia a proliferação celular e a angiogênese, leva ao aprisionamento dos fatores de crescimento e contém quantidades excessivas de metaloproteínas da matriz (MMPs). Estas são capazes de destruir proteínas essenciais da matriz extracelular e a sua atividade excessiva, ou mal distribuída, tem efeitos deletérios na cicatrização (EWMA, 2004).
<ul style="list-style-type: none"> Na LP grau 2, 3 e 4, com sinais de infecção e odor desagradável deve-se realizar o controle da infecção através da utilização de curativos com prata (espumas, hidrofibras, carvão e alginatos e em caso de odor desagradável associar o carvão ativado). 	Os curativos com prata são indicados para o tratamento de feridas intensamente colonizadas. A prata iônica é um agente antimicrobiano de amplo espectro (BORGES, 2008).
<ul style="list-style-type: none"> Em LP grau 2, 3 e 4 com presença de tecido desfavorável (esfacelo ou necrose) realizar desbridamento através da utilização de papaína a 5 ou 10% (5% em necrose de liquefação e 10% em necrose seca ou de coagulação) ou hidrogel em feridas pouco exudativas. Em caso de necrose em feridas muito 	Alginato é indicado por auxiliar no desbridamento autolítico e manter o meio úmido, apropriado para feridas com exsudação moderada à grande, contraindicados para lesões com pouco ou nenhum exsudato. O hidrogel, mantém a ferida úmida e promove a autólise tecidual (DEALEY, 2008). A hidrofibra, também indicada para LP nestes estágios, mantém o




CUIDADOS COM AS LESÕES POR PRESSÃO	
Tratamento	
Atividade	Justificativa
exsudativas utilizar alginato ou hidrofibras.	meio úmido, o que reduz a sensação de dor, controla o exsudato e elimina microorganismos presentes na lesão, devido à ação bactericida da prata (RANGEL; CALIRI, 2009).
• Não posicionar o paciente diretamente sobre uma LP.	A pressão reduz a perfusão dos tecidos com lesão. Uma pressão constante sobre uma lesão por pressão existente retarda a cicatrização e pode causar deterioração adicional (NUPAP, 2014).
• Realizar a mudança de decúbito, reposicionando o indivíduo independentemente da superfície de apoio em uso.	Nenhuma superfície de apoio permite o alívio total da pressão (NPUAP, 2014).

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Conforme solicitado pelos enfermeiros durante um dos encontros em grupo, foi elaborado o Quadro 4 contendo os tipo de lesão e as coberturas mais indicadas. O material serve para consultas rápidas mas é necessário sempre uma avaliação minuciosa e completa do paciente e lesão por pressão.

Quadro 4 – Material de Consulta Rápida

Tipo de lesão	Tipo de tecido	Objetivo	Coberturas
	Hiperemia não branqueável Pele íntegra	Proteção, hidratação	<ul style="list-style-type: none"> • AGE • Película semipermeável

Tipo de lesão	Tipo de tecido	Objetivo	Coberturas
	Tecido de granulação	Proteção, hidratação	<ul style="list-style-type: none"> • AGE e cobertura não aderente • Papaína a 2% • Hidrogel • Hidrocoloide pasta
	Ferida exsudativa	Absorção: Exsudato intenso Exsudato moderado a mínimo	<ul style="list-style-type: none"> • Curativo de espuma de poliuretano • Alginato • Hidrofibras (Aquacel) • Pasta hidrocoloide (após desbridamento e controle de infecção)
	Tecido desvitalizado (Necrose / esfacelo)	Desbridamento	<ul style="list-style-type: none"> • Papaína a 5 e 10% • Hidrogel com alginato
	Infecção	Controle de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Curativos com prata (espumas, hidrofibras, carvão e alginatos)

Fonte: (IRION, 2012).

Diante das peculiaridades de cada caso, onde cada paciente e cada ferida são únicos, pensou-se na necessidade de se conhecer os produtos disponíveis, modos de ação, indicação e cuidados, como segue em Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 – Produtos Disponíveis da Instituição e a sua utilização

	Ação	Indicação	Uso	Observação
AGE	Maintenance da unidade e estimula processo de granulação tecidual.	Hidratação da pele íntegra, prevenção de LP.	Após limpeza, aplicar diretamente sobre a úlcera ou utilizar gaze embebida no produto. Utilizar cobertura secundária não aderente em lesões abertas.	Troca do curativo a cada 24h ou antes se a cobertura secundária estiver saturada.
HIDROGEL COM ALGINATO	Promove desbridamento autolítico, favorecendo a granulação e epitelização.	Feridas necróticas secas, com esfacelo e feridas em fase de cicatrização	Após limpeza, secar bordos e aplicar diretamente sobre a lesão. Utilizar cobertura secundária que mantenha a unidade.	Pode permanecer aplicado por até quatro dias (com película até sete dias), na presença de sangramento 48h e na infecção 24h.
PAPAINA	Degradação de proteínas em aminoácidos (proteólise) da necrose preservando o tecido sadio. Acelera processo de cicatrização. Anti-inflamatório e bactericida.	Feridas abertas, infectas ou não 2 a 4% – tecido de granulação; 4 a 6% – necrose de liquefação, fibrina ou esfacelo; 10% – necrose de coagulação ou necrose seca.	Após limpeza, secar pele circundante aplicar com seringa, espátula ou luva estéril no leito da ferida. Usar cobertura secundária de baixa aderência.	Troca a cada 24h Estabilidade de 6h em temperatura inferior a 22°C. Não utilizar com agente oxidante – ocorre inativação da enzima.
HIDROCOLOIDE PLACA	Promove meio úmido ideal para crescimento tecidual. Barreira protetora contra bactérias. Alívio da dor. Não adere.	LP com exsudação pequena a moderada. Feridas abertas, planas e não infectadas.	Após limpeza, secar pele circundante. Utilizar as abas para aplicação asséptica. Escolher cobertura no mínimo 2cm maior que as margens da ferida.	Trocar quando ocorrer vazamento do exsudato. Permanecer no máximo sete dias.
COBERTURA DE CARVÃO ATIVADO COM PRATA	Controla o odor nas lesões. Limpa através da remoção e retenção do exsudato e das bactérias pelo tecido de carvão ativado, enquanto a prata exerce função bactericida, complementando a ação do carvão, o que estimula a granulação e aumenta a velocidade da cicatrização.	Feridas exsudativas, infectadas com odores acentuados, em fistulas e gangrenas.	Após limpeza, aplicar a cobertura diretamente sobre a lesão. Utilizar cobertura secundária.	Pode permanecer na lesão de três a sete dias, desde que a úlcera não esteja mais infectada. No caso de úlceras infectadas a troca deve ser diária ou a cada 48h, dependendo da capacidade de absorção.

	Ação	Indicação	Uso	Observação
COBERTURA DE ESPUMA COM PRATA	Mantém a unidade ideal na ferida, absorvendo o excesso de exsudato. A prata é liberada na ferida quando em contato com seu exsudato, tendo ação antibacteriana por até sete dias.	Feridas exsudativas com risco de infecção.	Após limpeza, secar bordos e aplicar ultrapassando a margem da ferida no mínimo 2cm. A cobertura sem adesivo deve ser aplicada com o lado não impresso na ferida; fixar com cobertura secundária apropriada. Para a espuma com adesivo, remover a película protetora e colocar a parte com espuma sobre a ferida.	Pode permanecer aplicado por até sete dias, dependendo da quantidade de exsudato e condições do curativo (saturação).
COBERTURA DE HIDROFIBRA COM PRATA	Após limpeza, aplicar a cobertura diretamente sobre a lesão. Utilizar cobertura secundária.	Após limpeza, secar bordos e aplicar ultrapassando a margem da ferida no mínimo 2cm. A cobertura sem adesivo deve ser aplicada com o lado não impresso na ferida; fixar com cobertura secundária apropriada. Para a espuma com adesivo, remover a película protetora e colocar a parte com espuma sobre a ferida.	Após limpeza, aplicar a placa sobrepondo-se 1cm a pele perilesional. Na utilização da fita em cavidades, se forem profundas, deixar pelo menos 2,5cm fora da ferida para facilitar sua retração; preencher até 80% das feridas profundas pela expansão da fibra. Utilizar cobertura secundária adequada.	Após limpeza, secar a pele circundante; escolher o tamanho da cobertura de modo que seja mínima a sobreposição na região da pele perilesional. Utilizar cobertura secundária estéril.
COBERTURA COM PRATA, ALGINATO E CARBOXIMETIL CELULOSE	Pode permanecer na lesão de três a sete dias, desde que a úlcera não esteja mais infectada. No caso de úlceras infectadas a troca deve ser diária ou a cada 48h, dependendo da capacidade de absorção.	Pode permanecer aplicado por até sete dias, dependendo da quantidade de exsudato e condições do curativo (saturação).	Pode permanecer aplicado por até sete dias, dependendo da quantidade de exsudato e condições do curativo (saturação).	Trocar quando ocorrer vazamento do exsudato. Permanecer no máximo sete dias.
ESPUMA DE POLIURETANO	Absorve exsudato e mantém-se hidratada, promovendo crescimento tecidual de granulação e epitelização. Não adere. Troca sem dano.	LP exsudativa Pode-se utilizar em prevenção de lesões por cisalhamento.	Após limpeza, secar pele circundante e aplicar a espuma com a parte branca e porosa voltada para a lesão. Fixar com fita ou cobertura secundária (modelo não aderente).	Trocar antes que sature (mancha escura sob a película externa próximo 1cm da borda) ou quando estufado ou em até sete dias.

	Ação	Indicação	Uso	Observação
COBERTURA COM PRATA NANOCRISTALINA	Proporciona barreira antimicrobiana, liberando íons de prata mais rapidamente que a prata comum. Protege a ferida contra microrganismos, sendo também eficaz contra microrganismos presentes na ferida. Possui camada de contato de baixa aderência, mantendo um ambiente adequadamente úmido, minimizando o trauma durante as trocas de curativo.	Feridas infectadas de espessura parcial e total.	Após limpeza, secar pele circundante, unedecer a cobertura com água esterilizada remover a água em excesso antes da aplicação. Aplicar com o lado azul voltado para a ferida; utilizar cobertura secundária estéril. Pode ser cortada na forma apropriada.	O soro fisiológico diminui sua atividade. Pode permanecer por no máximo três dias. Realizar a troca a cobertura dependendo da quantidade de exsudato.
MEMBRANA REGENERADORA POROSA	São constituídas por celulose cristalina sintetizadas via fermentação bacteriana, que em contato direto com o leito da lesão promove o crescimento acelerado do tecido de granulação, o isolamento dos terminais nervosos expostos, resultando no alívio da dor e a orientação tecidual guiada da epiderme. Permitem a drenagem do exsudato e sua absorção pela cobertura secundária.	Lesões superficiais pouco exsudativas. Na prevenção e tratamento de lesões resultantes da perda de epitélio.	Após limpeza, secar pele circundante, colocar a cobertura diretamente sobre a ferida. Usar cobertura secundária estéril.	Trocar membrana porosa somente se a mesma estiver danificada, sendo trocada somente a cobertura secundária sempre que saturada.
COBERTURA NÃO ADERENTE A BASE DE PETROLATUM	Não adere. Mantém unidade no leito da ferida, protege o tecido regenerativo e minimiza a dor e o trauma do paciente a cada troca de curativo. Permite a passagem do exsudato para a cobertura secundária.	Lesões nas quais se pretenda evitar a aderência do curativo e o acúmulo de exsudato.	Após limpeza, secar pele circundante, colocar a cobertura diretamente sobre a ferida. Usar cobertura secundária estéril.	Pode permanecer no máximo sete dias ou quando houver diminuição da sua característica não aderente. Pode ser cortado conforme a necessidade.
ALGINATO DE CALCIO	Com o exsudato forma gel hidrofílico mantendo unidade adequada, absorvendo o excesso. Remoção sem trauma. Homeostasia.	LP exsudativa, com ou sem sangramento, limpas ou infectadas.	Após limpeza, secar pele circundante. Escolher tamanho adequado. Utilizar somente sobre o tecido lesado. Usar cobertura secundária estéril.	Em feridas infectadas trocar em 24h. Feridas não infectadas pode permanecer por até sete dias se não saturado.

	Ação	Indicação	Uso	Observação
ESPUMA DE POLIURETANO	Absorve exsudato e mantém-se hidratada, promovendo crescimento tecidual de granulação e epitelização. Não adere. Troca sem dano.	LP exsudativa Pode-se utilizar em prevenção de lesões por cisalhamento.	Após limpeza, secar pele circundante e aplicar a espuma com a parte branca e porosa voltada para a lesão. Fixar com fita ou cobertura secundária (modelo não aderente).	Trocar antes que sature (mancha escura sob a película externa próximo 1cm da borda) ou quando estufado ou em até sete dias.
COBERTURA ABSORVENTE NÃO ADERENTE COM FILME DE POLIESTER	Absorve exsudato e secreções da lesão reduzindo seu extravasamento para a pele íntegra. Mantém um meio úmido apropriado à cicatrização, além de evitar contatos com a ferida e traumas na remoção.	Feridas limpas ou contaminadas, com níveis de exsudato e/ou secreção moderada ou elevada.	Após limpeza, aplicar a cobertura diretamente sobre a lesão, com a película de poliéster voltada para a superfície da mesma. Utilizar cobertura secundária estéril.	Após limpeza removendo qualquer produto que esteja na pele adjacente (óleo ou cremes). Aplicar a película com margem de 4 a 5cm além da borda da lesão.
PELICULA ADESIVA SEMIPERMEÁVEL	Película de poliuretano adesiva, resistente à água; atua como barreira contra contaminantes externos, sendo permeável ao oxigênio e vapor d'água; promove meio úmido entre a ferida e a cobertura, favorecendo a cicatrização; permite a visualização da ferida.	LP em estágio I. Como cobertura secundária sobre gaze, alginate e hidrogel, por exemplo, para otimizar o desbridamento. Redução da fricção na prevenção de lesões de pele em áreas de pressão.	Após limpeza removendo qualquer produto que esteja na pele adjacente (óleo ou cremes); Aplicar a película com margem de 4 a 5cm além da borda da lesão.	Pode permanecer aplicado por até sete dias, de acordo com a avaliação do profissional.
HIDROCOLOIDE PASTA	Interage com exsudato formando ambiente úmido que favorece a cicatrização, desbridamento autolítico e crescimento tecidual. Permite remoção não traumática.	LP cavitárias e exsudativas.	Após limpeza, secar pele circundante aplicar no leito abaixo do nível da superfície da pele com espátula, seringa ou luva estéril. Aplicar cobertura secundária não aderente c/margem >3cm que lesão.	Pode permanecer aplicado por até sete dias, de acordo com a avaliação do profissional.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A LP é ainda um problema frequentemente observado nas unidades hospitalares e principalmente em UTI. Mesmo com todo o empenho da equipe multidisciplinar é um agravo de causas multifatoriais e nem todas podem ser controladas ocorrendo a instalação da lesão. Mas é de reconhecimento tanto da equipe de enfermeiros estudados quanto de toda a comunidade científica que a prevenção é a melhor forma de combater este problema e a melhor forma de realiza-la é através de instrumentos e ferramentas que padronizem as ações entre os diversos profissionais.

O cuidado padronizado mantém a continuidade da assistência e com isso o paciente obtém o melhores resultados no menor tempo possível, otimizando materiais e tecnologias aplicadas no seu tratamento. O fato do Guia ter sido construído coletivamente com os enfermeiros reforça o envolvimento destes profissionais com o problema e sua resolução.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). National Guideline Clearinghouse, 2010. Disponível em: <www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer>. 2010. Acesso em: 10 abr 2013.

ARAÚJO, T. M.; et al. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a07.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2013.

BAJAY, H. M.; JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Curativos e Coberturas para o Tratamento de Feridas. IN: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. p. 81-99.

BORGES E. **Feridas:** como tratar. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12** do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12 de dezembro de 2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] União, Brasília, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013>>. Acesso em: 14 mai 2015.

_____. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA/ FIOCRUZ, 2013a.

DEALEY, C. Tratamento de pacientes com feridas crônicas. In: DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. 270 p.

DUQUE, H.; et al. **Manual de boas práticas úlceras por pressão**: uma abordagem estratégica. Coimbra: Formasau – Formação em Saúde, Ltda, 2009. 126 p.

ERDMANN, A. L.; et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n. 3, p.483-491, 2006.

EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION (EWMA). **Position Document**: wound bed preparation in practice. London: MEP Ltd, 2004.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L.F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 203-206, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun 2015.

GOMES, F. S. L.; BORGES, E. L. Coberturas. IN: BORGES, E.L. et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 133-175.

_____.; et al. Análise da concordância da avaliação de estadiamento de úlcera por pressão. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 250-257, 2013.

HEMORIO. **Protocolos de Enfermagem**: Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. 1. ed. Rio de Janeiro: Hemorio, 2010.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **How-to-Guide**: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em: <<http://www.ihl.org>>. Acesso em: 16 jan 2015.

IRION, G. Úlceras por pressão. In: IRION, G. **Feridas**: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LUZ, S. R.; et al. **Úlceras de pressão**. Geriatria e Gerontologia, v. 4, n.1, p. 36-43, 2010.

MACIEL, O. B. **A validação do uso de filme transparente de poliuretano nas úlceras por pressão de estágio I na região de calcâneos**. 2010. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MOURA, G. M. S. S.; et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p.136-140, 2009.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

_____. Mudança na terminologia de úlcera de pressão a lesão pressão e atualização dos estágios de lesão pressão. Disponível em: <<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure->

injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>. Acesso em: 02 jul 2016.

PASSOS, R. M. **Terapia nutricional para portadores de úlceras por pressão: projeto diretrizes**. 2011.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em: <<http://www.ihl.org>>. Acesso em: 17 abr 2015

RANGEL, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 1, p. 70-77, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a09.htm>>. Acesso em: 15 jan 2016.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16.pdf>. Acesso em: 1 mai 2013.

SANTOS, C. T. **Indicador de qualidade assistencial e processo de enfermagem como ferramentas de qualificação para o cuidado ao paciente com úlcera por pressão** [monografia]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

SILVA, R. C. **Uma proposta de aplicação de indicadores de qualidade e indicadores estatístico em busca da melhoria contínua**. 2009. 105 p. Monografia (Curso de Tecnologia em Logística com Ênfase me Transporte) – Faculdade de Tecnologia da Zona Leste, São Paulo. 2009.

WADA, A.; TEIXEIRA NETO, N.; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 3/4, p. 170-177, dez. 2010. ISSN 1679-9836. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46293/49949>>. Acesso em: 28 jun 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, buscou-se identificar quais cuidados de enfermagem são necessários para compor um guia de cuidados relacionado com as LPs em uma UTI Adulto de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. A fim de alcançar este objetivo, buscou-se inicialmente investigar como os enfermeiros da UTI avaliam e tratam as LPs em pacientes internados. Nesta primeira fase do estudo, observou-se que apesar dos enfermeiros considerarem seu conhecimento suficiente acerca da prevenção e cuidados com a LP, ainda se sentem inseguros para esta prática.

Para um cuidado adequado das LPs, o conhecimento é necessário em todas as fases do processo, que vai desde a prevenção, passa pela avaliação e registro da lesão já instalada e nos cuidados de tratamento. Embora os profissionais neste estudo possuam conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento das LPs, no tocante à avaliação da LP já instalada, possuem disparidades. Muitos têm dificuldades em fazer uma avaliação precisa da lesão, o que dificulta a escolha do melhor tratamento diante da diversidade de coberturas no mercado.

Quanto ao conhecimento sobre o tratamento, a maioria dos enfermeiros sente-se inseguros na indicação das coberturas. Reconhecem que não há continuidade no processo de trabalho/tratamento da lesão e acreditam que isso se deve pela falta de conhecimento/capacitação sobre os materiais disponíveis, ausência de um guia/padronização das ações e por problemas na SAE.

Na segunda fase do estudo, buscou-se instrumentalizar os enfermeiros em relação aos diferentes estágios das LPs; bem como sobre os diversos tipos de coberturas para o tratamento destas lesões, a fim de junto aos enfermeiros, quais os cuidados necessários para compor um guia de cuidados para a prevenção e tratamento das LPs.

O Guia de cuidados relacionados com LP, construído baseando-se no conhecimento dos enfermeiros já instrumentalizados sobre o assunto e em literatura científica atual, reforça o compromisso com a sua aplicabilidade no ambiente de trabalho mudando uma prática apontada pela maioria como sem continuidade.

O estudo teve como potencialidades o fato dos enfermeiros que atuam diretamente sobre o local estudado haverem identificado o problema no seu cotidiano e a partir daí já se encontram sensibilizados para a aplicação dos resultados através do conhecimento adquirido por cada um e pela aplicação do Guia de Cuidados relacionados com a LP propriamente dito.

Como fragilidades identificou-se a impossibilidade de todos os enfermeiros participarem, principalmente porque durante a realização dos encontros não se conseguia a cobertura de turnos com enfermeiros externos à unidade e, portanto, embora verbalizassem vontade e interesse em participar, alguns estavam escalados para o plantão no momento do grupo, o que impedia sua participação.

Durante o trabalho evidenciou-se que embora esteja implantado a SAE na instituição estudada, esta ainda não realiza todo o seu potencial de direcionamento de cuidados. O fato de a prescrição de enfermagem não ser considerada como instrumento efetivo do cuidado, seja por falta de cobrança do enfermeiro, seja pelo número de itens prescritos apenas como rotinas, sem direcionar verdadeiramente o cuidado, subjuga este instrumento tão importante e útil no processo de trabalho da enfermagem. Neste sentido estudos científicos que investigassem as causas deste desuso ou desrespeito às suas indicações, seriam muito úteis.

As lesões por pressão são evitáveis na maioria dos casos, mas são necessárias medidas efetivas e comprometimentos dos profissionais enfermeiros para atuarem juntos evitando este problema. Além disso, quando não se pode evitar que a lesão apareça, é necessário o mesmo empenho e unicidade de condutas frente ao tratamento.

Evidencia-se a necessidade de constante atualização com educação permanente aos enfermeiros sobre o tema, ações uniformes e contínuas entre os enfermeiros, para isso foi desenvolvido o guia de cuidados com LP e ainda a resolução de problemas com a SAE, como a valorização da prescrição de enfermagem entre os profissionais do nível médio.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **National Guideline Clearinghouse**. Agency for healthcare research and quality, 2010. Disponível em: <www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=00634_6&string=pressure+AND+ulcer>. Acesso em: 12 ago 2014.

ALBUQUERQUE, A. M.; et al. Avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: conhecimento e prática. **Rev. Enferm. UFPE** on line, Recife, v. 8, n. 2, p. 229-239, fev. 2014.

ARAÚJO, T. M.; et al. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a07.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2013.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES (AWHONN). **Neonatal skin care**: evidence-based clinical practical guideline. 3. ed. Washington, DC: 2013.

BENBOW, M.; et al. **Pressure ulcer risk assessment and prevention**: clinical practice guidelines. Royal College of Nursing, April, 2001.

BLANES, L. Tratamento de feridas. In: Baptista-Silva JCC, editor. **Cirurgia vascular**: guia ilustrado. São Paulo: 2004. Disponível em: <<http://www.bapbaptista.com>>. Acesso em: 12 fev 2015.

_____.; et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 50, n. 2, p.182-187, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781.pdf>>. Acesso em: 27 jul 2014.

BORGES, E. L.; et al. **Feridas**: como tratar. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

_____.; E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. de C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de**

lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA/ FIOCRUZ, 2013a.

_____. Ministério da Saúde **Resolução 466/12** do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12 de dezembro de 2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] União, Brasília, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013>>. Acesso em: 14 mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, S. F.; et al. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 5, p. 703-714, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

COSTA, M. P.; et al. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Actaortop. Bras.** São Paulo, v. 13, n. 3, p. 124-133, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522005000300005>. Acesso em: 17 set 2015.

COSTA, I. G. Incidence of pressure ulcer in regional hospitals of Mato Grosso, Brazil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 4, 2010. p. 693-700.

CUTTING, K. F. Addressing the challenge of wound cleansing in the modern era. **British Journal of Nursing (BJN)**. v. 19, n. 11, 24-28, 2010. ISSN: 0966-0461. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=4c71559a-63ea-432d-8dfd-f8e3a155dfa1%40sessionmgr10&vid=1&hid=10&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010687115>>. Acesso em: 27 set 2015.

DEALEY, C. Tratamento de pacientes com feridas crônicas. In: DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. 270 p.

DUQUE, H.; et al. **Manual de boas práticas úlceras por pressão**: uma abordagem estratégica. Coimbra: Formasau – Formação em Saúde, Ltda, 2009. 126 p.

ERDMANN, A. L et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n. 3, p.483-491, 2006.

_____. A. L.; et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun 2015.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL(NPUAP). **Treatment of pressure ulcers**: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION (EWMA). **Position Document**: wound bed preparation in practice. London: MEP Ltd, 2004.

FALCI, J.; CRUZ, I. Risk assessment for pressure ulcer: evidence 175 based nursing practice. **Journal of Specialized Nursing Care**, North America, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/view/j.1983-4152.2008.1648/326>>. Acesso em: 10 ago 2015.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L.F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 203-206, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

GOMES, F. S. L.; et al. Análise da concordância da avaliação de estadiamento de úlcera por pressão. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 250-257, 2013.

GOULART, F. M.; et al. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. **Revista Objetiva**, n. 8, 2008.

HEMORIO. **Protocolos de Enfermagem**: Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. 1. ed. Rio de Janeiro: Hemorio, 2010.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **How-to-Guide**: prevent pressure ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2011. Disponível em: <<http://www.ihl.org>>. Acesso em: 10 abr 2015.

IRION, G. Úlceras por pressão. In: IRION, G. **Feridas**: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **The IDM manual**: a guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health. Using the IDM framework. 2011.

KEMPFER, S. S.; et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores

práticas. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v.31, n.3, p. 562-566, set. 2010. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 jun 2015.

LEITE, A. P.; et al. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], v. 33, n. 3, p. 198-207, 2012. ISSN 1983-1447. Disponível em:
 <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300026>>. Acesso em: 18 jun 2016.

LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1. jan. 2011. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029>. Acesso em: 29 ago 2014.

LUZ, S. R.; et al. Úlceras de pressão. **Geriatrics e Gerontologia**, v.4, n.1, p. 36-43, 2010.

MACIEL, O. B. **A validação do uso de filme transparente de poliuretano nas úlceras por pressão de estágio I na região de calcâneos.** 2010. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MAIA, L. C. M.; MONTEIRO, M. L. G. Úlcera por compressão: prevenção e tratamento In: SILVA, R. C. L. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 389-412

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares-Parte II. **An Bras Dermatol**, v. 78, n. 5, p. 525-542, 2003.

MATEUS, B. A. **Emergência Médica Pré-hospitalar: que realidade.** 1. Ed. Loures: Lusociência, 2007.

MATOS, L. S.; DUARTE, N. L. V; MINETTO, R.C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um hospital público do DF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 719-726, 2010.

MEIJERS, J. M. M.; et al. Differences in nutritional care in pressure ulcer patients whether or not using nutritional guidelines. **Nutrition**, v. 24, n. 2, p. 127-132, 2008.

MOURA, G. M. S. S.; et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p.136-140, 2009.

MIYAZAKI, M.Y.; CALIRI, M. H.L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet] v .18, n.6, nov./dez. 2010.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Pressure ulcer stages revised by NPUAP**. 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>. Acesso em: 22 mar 2015.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

_____. Mudança na terminologia de úlcera de pressão a lesão pressão e atualização dos estágios de lesão pressão. Disponível em: <<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em: 02 jul 2016.

OLIVEIRA, R. A. A pele nos diferentes ciclos da vida. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 9 – 41.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde**. Rwanda: Escritório Regional Africano Brazzaville/ OMS, 2008.

PARRA, O. M.; et al. Prevenção da formação de aderências peritoneais pela associação carboximetilcelulose-papaína: estudo experimental. **Arq Gastroenterol**, v.28, p.63-68, 1991.

PASSOS, R. M. **Terapia nutricional para portadores de úlceras por pressão: projeto diretrizes**. 2011.

PINHEIRO, L. S.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Uso de hidrocoloide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.66, n.5, p.760-770, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 10 dez 2015.

RANGEL, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.11, n.1, p.70-77, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a09.htm>>. Acesso em: 01 fev 2016.

RODRIGUES, A. A. P.; SILVA, D. Limpeza de feridas: técnicas e soluções. **Journal of tissue regeneration & healing**, p. 25-31, 2012.

ROGENSKI, N.M.B; SANTOS, V.L.C.G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.13, n.4 , p.474-480, jul./ago. 2005.

_____.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. v. 20, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16.pdf>. Acesso em: 01 mai 2013.

RODEHEAVER, G. T.; KRASNER, D.; SIBBALD, R. G; **Chronic Wound Care**. cap.13. 4. ed. Health Management Publications Inc., 2007.

SANTOS, C. T. **Indicador de qualidade assistencial e processo de enfermagem como ferramentas de qualificação para o cuidado ao paciente com úlcera por pressão** [monografia]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

SANTOS, V. L. C. G., CARVALHO, V. F. Reapresentando o Instrumento Pressure ulcer scale for healing (PUSH) para avaliação de úlceras por pressão e úlceras crônicas de perna. **Rev. Estima.** v. 7, n. 2, p. 19-27, 2009.

SANTOS, I. C. R. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. A. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 184-192, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr 2014.

SANTOS, V.; et al. Chronic Wounds Cleansing: Evidence Based Approach. **Journal of Aging & Inovation**, v.1, n.4, p.53-61, 2012.

SILVA, R. C. **Uma proposta de aplicação de indicadores de qualidade e indicadores estatístico em busca da melhoria contínua.** 2009. 105 p. Monografia (Curso de Tecnologia em Logística com Ênfase me Transporte) – Faculdade de Tecnologia da Zona Leste, São Paulo. 2009.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MERIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

SMELTZER, S. C.; et al. **Brunner & Suddarth:** tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUZA. D. M. S. T. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados.** 119 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

STRATTON, R. J.; et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, v. 4, n. 3, p. 422-450, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

_____, _____. **Pesquisa convergente - assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo humano**: fundamentos de anatomia e fisiologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 684 p.

VALENÇA, M. P.; et al. Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital escola da cidade do recife. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 4, n. 2, 2010.

WADA, A.; TEIXEIRA NETO, N.; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 3/4, p. 170-177, dez. 2010. ISSN 1679-9836. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46293/49949>>. Acesso em: 28 jun 2015.

WECHI, J. S. F; **Utilização da escala de Braden no cuidado do paciente em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em uma clínica médica**. 2013. 211p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

WINTER, G. D. Formation of the scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. **Nature**, n. 193, p. 293-294, 1962.

YAMADA, B.F.A.; SANTOS, V.L.C.G. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: versão feridas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p. 1105-1113, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun 2015.

ANEXO

ANEXO 1 – Escala de Braden

Quadro 6 – Escala de Braden

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-
Total		Risco Brando 15 a 16	Risco Moderado 12 a 14	Risco Severo Abaixo de 11	-

Fonte: Irion, (2012).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário

a) Qual o seu sexo?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

b) Qual a sua idade?

- ☐ Menos de 25anos
- ☐ Entre 26 e 35anos
- ☐ Entre 36 e 45anos
- ☐ Entre 46 e 55anos
- ☐ Entre 56 e 65anos
- ☐ Mais de 65anos

c) Quanto tempo de graduação em enfermagem você possui?

- ☐ Menos de 2anos
- ☐ Entre 2 e 5anos
- ☐ Entre 6 e 10anos
- ☐ Entre 11 e 15anos
- ☐ Entre 16 e 20anos
- ☐ Mais de 20anos

d) Há quanto tempo você atua na UTI/HU?

- ☐ Menos de 2anos
- ☐ Entre 2 e 5anos
- ☐ Entre 6 e 10anos
- ☐ Entre 11 e 15anos
- ☐ Entre 16 e 20anos
- ☐ Mais de 20anos

e) **Em que nível você considera o seu conhecimento sobre UP e sobre as coberturas disponíveis para o tratamento destas lesões?**

- ☐ Muito satisfatório
- ☐ Satisfatório
- ☐ Pouco satisfatório
- ☐ Insuficiente

f) **Quais os fatores envolvidos no processo de desenvolvimento e evolução da lesão de UP?**

Fatores intrínsecos

- ☐ idade avançada
- ☐ sexo
- ☐ limitação nas atividades de vida diária
- ☐ incontinência urinária e ou anal
- ☐ anemia
- ☐ infecção/leucocitose
- ☐ desnutrição
- ☐ história prévia de UP
- ☐ uso de droga vasoativa
- ☐ uso de sedação
- ☐ uso de corticoides
- ☐ uso de AINES (anti-inflamatórios não-esteroides)
- ☐ estado mental depletado
- ☐ imobilidade
- ☐ prejuízo do sistema imune
- ☐ perda da sensibilidade
- ☐ tabagismo
- ☐ hipertermia
- ☐ hipotensão arterial
- ☐ edema

- ☐ agitação psicomotora
- ☐ nível de consciência e percepção sensorial reduzidos
- ☐ desidratação
- ☐ Outros:

Fatores extrínsecos

- ☐ superfície de apoio inadequada
- ☐ posicionamento em mesmo decúbito por >2h
- ☐ força de cisalhamento/fricção
- ☐ uso dispositivos como talas, órteses ou aparelhos restritivos
- ☐ negligência nas questões de imobilidade
- ☐ sobrecarga em áreas corporais de risco
- ☐ falha na limpeza após episódios de incontinência
- ☐ procedimentos de limpeza agressivos
- ☐ falha em hidratar/proteger a pele seca
- ☐ Outros:

g) Quais os aspectos da lesão que você avalia em uma UP?

Em primeiro lugar:

- ☐ coloração do leito da ferida
- ☐ secreção
- ☐ odor
- ☐ tamanho (extensão e profundidade)
- ☐ bordos e pele circunvizinha

Em segundo lugar:

- ☐ coloração do leito da ferida
- ☐ secreção

- ☐ odor
- ☐ tamanho (extensão e profundidade)
- ☐ bordos e pele circunvizinha

Em terceiro lugar:

- ☐ coloração do leito da ferida
- ☐ secreção
- ☐ odor
- ☐ tamanho (extensão e profundidade)
- ☐ bordos e pele circunvizinha

Em quarto lugar:

- ☐ coloração do leito da ferida
- ☐ secreção
- ☐ odor
- ☐ tamanho (extensão e profundidade)
- ☐ bordos e pele circunvizinha

Em quinto lugar:

- ☐ coloração do leito da ferida
- ☐ secreção
- ☐ odor
- ☐ tamanho (extensão e profundidade)
- ☐ bordos e pele circunvizinha
- ☐ Avalio outros aspectos
- ☐ Outros:

h) Identifique, segundo as características descritivas de determinada lesão, o grau de estadiamento que você considera mais adequado.

Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar

presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.

- ☐ UP em estágio I
- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Pele íntegra com vermelhidão persistente (ou seja, que não clareia à compressão) de uma área localizada, normalmente sobre proeminência óssea. A pele intensamente pigmentada não exhibe clareamento visível, mas sua coloração é diferente da área circunvizinha

- ☐ UP em estágio I
- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devidas a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.

- ☐ UP em estágio I
- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Perda de espessura parcial da derme apresentando-se como uma úlcera aberta superficial, cujo leito é vermelho ou rosado sem maceração. Também pode se manifestar como bolha repleta de soro íntegra ou aberta/rota.

- ☐ UP em estágio I
- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Perda tissular de espessura completa com exposição de osso, tendão ou músculo. Pode haver maceração ou escara em algumas partes do leito da ferida. Com frequência, inclui corrosão e formação de túnel.

- ☐ UP em estágio I
- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Perda tissular de espessura completa em que a base da úlcera está coberta por crosta (amarela, marrom claro, cinza, verde ou castanha) e ou escara (marrom claro, castanha ou negra)

- ☐ UP em estágio I
- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

i) Quais os parâmetros utilizados por você na escolha do tipo de cobertura para uma UP?

Em primeiro lugar:

- ☐ benefício para o paciente
- ☐ relação custo x benefício
- ☐ disponibilidade do material na unidade
- ☐ manutenção da continuidade do tratamento
- ☐ facilidade na aplicação

Em segundo lugar:

- ☐ benefício para o paciente
- ☐ relação custo x benefício
- ☐ disponibilidade do material na unidade
- ☐ manutenção da continuidade do tratamento
- ☐ facilidade na aplicação

Em terceiro lugar:

- ☐ benefício para o paciente
- ☐ relação custo x benefício
- ☐ disponibilidade do material na unidade
- ☐ manutenção da continuidade do tratamento
- ☐ facilidade na aplicação

Em quarto lugar:

- ☐ benefício para o paciente
- ☐ relação custo x benefício
- ☐ disponibilidade do material na unidade
- ☐ manutenção da continuidade do tratamento
- ☐ facilidade na aplicação

Em quinto lugar:

- ☐ benefício para o paciente
- ☐ relação custo x benefício
- ☐ disponibilidade do material na unidade

- ☐ manutenção da continuidade do tratamento
- ☐ facilidade na aplicação
- ☐ Não utilizo este parâmetros
- ☐ Além destes, utilizo outros parâmetros
- ☐ Outros:

j) Você conhece e se sente seguro para a indicação e utilização de todas as coberturas de curativo disponíveis em sua instituição de trabalho?

- ☐ sim
- ☐ não

Por quê?

k) Classifique que tipo de estadiamento representa a lesão mostrada em cada foto.



Estadiamento da lesão

- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Quais as coberturas você utilizaria nesta lesão?

- ☐ Alginato de cálcio
- ☐ AGE
- ☐ Carvão ativado com prata
- ☐ Película semipermeável
- ☐ Hidrogel amorfo
- ☐ Curativo de espuma não aderente
- ☐ Curativo de hidrocoloide em placa
- ☐ Curativo de hidrocoloide em pasta
- ☐ Curativo de hidrofibras (Aquacel)
- ☐ Papaína gel a 2%
- ☐ Papaína gel a 5%
- ☐ Papaína gel a 10%
- ☐ Sulfadiazina de prata
- ☐ Outros curativos com prata (Alginatos e hidrofibras com prata – Aquacel Ag)

**Estadiamento da lesão**

- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV

- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Quais as coberturas você utilizaria nesta lesão?

- ☐ Alginato de cálcio
- ☐ AGE
- ☐ Carvão ativado com prata
- ☐ Película semipermeável
- ☐ Hidrogel amorfo
- ☐ Curativo de espuma não aderente
- ☐ Curativo de hidrocoloide em placa
- ☐ Curativo de hidrocoloide em pasta
- ☐ Curativo de hidrofibras (Aquacel)
- ☐ Papaína gel a 2%
- ☐ Papaína gel a 5%
- ☐ Papaína gel a 10%
- ☐ Sulfadiazina de prata
- ☐ Outros curativos com prata (Alginatos e hidrofibras com prata – Aquacel Ag)



Estadiamento da lesão

- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Quais as coberturas você utilizaria nesta lesão?

- ☐ Alginato de cálcio
- ☐ AGE
- ☐ Carvão ativado com prata
- ☐ Película semipermeável
- ☐ Hidrogel amorfo
- ☐ Curativo de espuma não aderente
- ☐ Curativo de hidrocoloide em placa
- ☐ Curativo de hidrocoloide em pasta
- ☐ Curativo de hidrofibras (Aquacel)
- ☐ Papaína gel a 2%
- ☐ Papaína gel a 5%
- ☐ Papaína gel a 10%
- ☐ Sulfadiazina de prata
- ☐ Outros curativos com prata (Alginatos e hidrofibras com prata – Aquacel Ag)



Estadiamento da lesão

- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Quais as coberturas você utilizaria nesta lesão?

- ☐ Alginato de cálcio
- ☐ AGE
- ☐ Carvão ativado com prata
- ☐ Película semipermeável
- ☐ Hidrogel amorfo
- ☐ Curativo de espuma não aderente
- ☐ Curativo de hidrocoloide em placa
- ☐ Curativo de hidrocoloide em pasta
- ☐ Curativo de hidrofibras (Aquacel)
- ☐ Papaína gel a 2%
- ☐ Papaína gel a 5%
- ☐ Papaína gel a 10%
- ☐ Sulfadiazina de prata
- ☐ Outros curativos com prata (Alginatos e hidrofibras com prata – Aquacel Ag)



Estadiamento da lesão

- ☐ UP em estágio II
- ☐ UP em estágio III
- ☐ UP em estágio IV
- ☐ UP Não estadiável
- ☐ UP em suspeita de lesão tissular profunda

Quais as coberturas você utilizaria nesta lesão?

- ☐ Alginato de cálcio
- ☐ AGE
- ☐ Carvão ativado com prata
- ☐ Película semipermeável
- ☐ Hidrogel amorfo
- ☐ Curativo de espuma não aderente
- ☐ Curativo de hidrocoloide em placa
- ☐ Curativo de hidrocoloide em pasta
- ☐ Curativo de hidrofibras (Aquacel)
- ☐ Papaína gel a 2%
- ☐ Papaína gel a 5%
- ☐ Papaína gel a 10%
- ☐ Sulfadiazina de prata
- ☐ Outros curativos com prata (Alginatos e hidrofibras com prata – Aquacel Ag)

l) Você considera que existe continuidade no tocante às coberturas prescritas e utilizadas?

- ☐ sim
- ☐ não

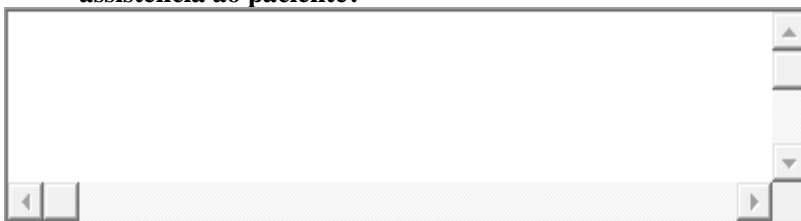
Se você observa um problema na continuidade deste processo, quais as prováveis causas?

A rectangular text box with a thin black border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons with upward, middle, and downward arrows. On the bottom left, there are two small square buttons with left and right arrows. The bottom right corner has a small square button with a right arrow.

Na sua opinião, quais as possíveis soluções para a resolução deste problema?

A rectangular text box with a thin black border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons with upward, middle, and downward arrows. On the bottom left, there are two small square buttons with left and right arrows. The bottom right corner has a small square button with a right arrow.

m) Quais os benefícios que você acredita que a padronização na escolha e manutenção dos tratamentos para UP, trará para a assistência ao paciente?

A rectangular text box with a thin black border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons with upward, middle, and downward arrows. On the bottom left, there are two small square buttons with left and right arrows. The bottom right corner has a small square button with a right arrow.

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde

Eu Giselle Borba da Rosa, RG n 4.570.517-8, enfermeira, mestranda do Curso de Mestrado Profissional Gestão de Cuidado, do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Dra Isabel Cristina Alves Maliska, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado **“GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM ÚLCERAS POR PRESSÃO: Uma Construção Coletiva”**, que será realizado com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

Neste momento estou lhe convidando para participar da pesquisa acima. Sua participação consistirá em responder um questionário elaborado por mim, Giselle Borba da Rosa e na participação de encontros para discussão em grupo sobre o tema proposto.

Sua participação é voluntária, o que significa que o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento, sem que isso lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Essa pesquisa tem por objetivo construir, coletivamente, junto aos enfermeiros da UTI Adulto, um guia de boas práticas para o tratamento de úlceras por pressão nesta unidade. Os sujeitos do estudo serão todos os enfermeiros da UTI que estiverem em plena atividade laboral e que desejarem participar.

Destaca-se que os benefícios desta pesquisa serão a proposição de um instrumento na forma de guia, contendo as Boas Práticas no tratamento de Úlceras por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva, trazendo melhoria no tratamento destas lesões, beneficiando o paciente, sua família e a instituição, bem como incentivar a ação e reflexão dos profissionais sobre as práticas vigentes e maior conhecimento acerca do tema.

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, tendo como desenho a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) de Trentini e Paim (2014), com o objetivo de elaborar um guia de boas práticas de enfermagem para o cuidado ao paciente com úlcera por pressão conjuntamente com os enfermeiros da unidade de terapia intensiva, utilizando como técnica para a coleta de dados através da aplicação de um questionário e realização de encontros para discussão em grupo

Sua participação não implicará em riscos à sua integridade física, entretanto poderá lhe trazer algum desconforto diante da abordagem do

tema. Caso haja algum desconforto, você poderá não responder o questionário ou retirar-se dos encontros em grupo, sendo interrompidos a fim de procedermos a uma escuta atenta das razões que a (o) fizeram sentir-se assim e só retornará às atividades quando e se você sentir vontade de fazê-lo.

As informações obtidas serão tratadas com sigilo e seu nome não será identificado em nenhum momento, se assim o desejar.

Os dados serão guardados em local seguro junto a pesquisadora, destinando-se exclusivamente a fins acadêmicos.

Sua participação não implicará em custo material, bem como não fornecerá outra vantagem que não seja a contribuição para a construção do conhecimento científico. Será assegurado o recebimento de uma cópia deste Termo.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes, se assim o desejarem.

Os procedimentos inerentes à implementação da pesquisa requerem a sua autorização para gravação das falas em gravador digital e obtenção de fotografias que possam vir a contribuir com a pesquisa.

Se você se sente plenamente esclarecido sobre as questões que envolvem o estudo e concorda em participar, solicito que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma das vias ficará com você, participante e outra comigo, pesquisadora.

Os esclarecimentos adicionais a respeito desta pesquisa poderão ser feitos com os responsáveis pela pesquisa através dos contatos que seguem:

Mestranda: Enf^a Giselle Borba da Rosa (gisellerosa@gmail.com) ou (48) 32461163/ 96171808.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabel Cristina Alves Maliska (isabel.alves07@yahoo.com.br) ou (48) 91058963).

Co-orientadora: Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:
Universidade Federal de Santa Catarina Pró-Reitoria de Pesquisa.
Campus Universitário – Trindade- Florianópolis-SC. CEP: 88040-900,
Caixa Postal: 476. Contato telefônico: (48) 3721-9206.

Prof^a Dr^a Isabel Cristina Alves Maliska

Prof^a Dr^a Nádia Chiodelli Salum

Enf^a Giselle Borba da Rosa

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,,
RG, fui informado(a) sobre o objetivo, a justificativa, os benefícios e os riscos de participar desta pesquisa. Afirmo que compreendi os procedimentos quanto à confidencialidade, a guarda, a utilização e a divulgação das informações, por isso autorizo a gravação dos encontros em grupo e a utilização de fotografias por mim disponibilizadas. Declaro, portanto, que estou de acordo em participar, voluntariamente, da pesquisa **GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM ÚLCERAS POR PRESSÃO: Uma Construção Coletiva.**

Florianópolis (SC), de de

.....
Assinatura do participante